DE L'OPÉRATION

DE L'EMPYÈME.

MEMBRES DU JURY.

MM. les Professeurs ANDRAL.
BRESCHET.
CHOMEL, suppléant.
CLOQUET.
CRUVELHIER.
GERDY.
MARJOLIN, président.
RICHARD, suppléant.
VELPEAU.

Membres de l'Académie royale de Médecine.

MM. AMUSSAT.
BEGIN, secrétaire.
GIMELLÉ.
LAGNEAU.
VILLENEUVE, suppléant.

CANDIDATS.

BÉRARD.
BLANDIN.
BOYER.
CHASSAIGNAC.
HUGUIER.
LAUGIER.
LENOIR.
MALGAIGNE.
MICHON.
ROBERT.
SANSON.
SÉDILLOT.
THIERRY.
VIDAL (de Cassis).

12.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

CONCOURS

POUR UNE CHAIRE DE MÉDECINE OPÉRATOIRE.

DE L'OPÉRATION

DE L'EMPYÈME,

THÈSE

SOUTENUE PAR M. C. SÉDILLOT,

CHIRURGIEN-MAJOR, PROFESSEUR A L'HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE,
AGRÉGÉ EN EXERCICE DE LA FACULTÉ DE PARIS, CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR,
OFFICIER DE L'ORDRE DE POLOGNE *Virtuti militari*, ETC.



L'opération de l'empyème est mal connue,
mal faite et mal appréciée, (*Introd.*, page 7).

PARIS.

TYPOGRAPHIE DE FIRMIN DIDOT FRÈRES,

RUE JACOB, 56.

—

1841.

0 1 2 3 4 5 (cm)

INTRODUCTION.

Le sort nous a donné pour sujet de thèse : DE L'OPÉRATION DE L'EMPYÈME. Cette opération comprend les méthodes et les procédés appliqués au traitement chirurgical de la maladie dont elle porte le nom. Nous devons commencer par établir ce qu'il faut entendre par empyème.

Si nous ne consultions que la signification étymologique du mot (ἐν πῦον, pus dedans), nous dirions qu'il s'applique à toutes les collections purulentes internes. L'école grecque l'employait habituellement dans ce sens, que lui ont conservé plusieurs auteurs modernes, en décrivant des empyèmes de la poitrine, de l'abdomen, du cerveau, de l'œil, du sinus maxillaire, etc. Cependant, Hippocrate appelait déjà empyiques (ἔμπυοι) les malades spécialement atteints d'épanchements de pus dans la poitrine; cette acception a été universellement adoptée, et, comme nous le verrons, de plus en plus étendue.

Aétius (1), qui avait compilé avec soin les écrits de l'antiquité et les livres de Celse et de Galien, a tracé une bonne définition de l'empyème, et a nommé ainsi les abcès formés dans la cavité des

(1) Empyici, hoc est, pectore suppurati, vocantur, quibus abscessus in succingente costas intrinsecùs membranâ, aut in aliquâ aliâ pectoris pelliculâ factus, acervatim ruptus est, et in vacuum pectoris locum effusus, inter pulmonem et membranam costas succingentem. (AETIUS, SERMO VIII, cap. LXV, 85.)

plèvres, ou qui s'y sont ouverts après s'être développés dans quelque autre point de la poitrine.

Mais depuis le siècle dernier, on trouve souvent le nom d'empyème appliqué à tous les épanchements pleurétiques, que l'on a distingués en empyèmes de pus, de sérosité, de sang et d'air. On a cité des empyèmes de substances alimentaires (Boerrhave); de lymphe rougeâtre, semblable à de la gelée de groseille (Pelletan); de matières mixtes, pus et sang, air et pus, etc.; mais ces épanchements rentrent dans les quatre premiers, ou sont tellement exceptionnels, qu'il suffit de les avoir mentionnés.

Cependant on n'a pas tardé à reconnaître l'insuffisance et l'impropriété de pareils termes, et aujourd'hui ceux d'épanchements de pus et de sang dans les plèvres, d'hydrothorax et de pneumothorax, tendent de plus en plus à les remplacer. On pourrait généraliser cette réforme, en nommant les deux premiers pyothorax (pus dans le thorax) et hémo-thorax (sang dans le thorax). Ces mots, que nous proposons, et qui nous semblent irréprochables, désigneraient des collections formées dans toute l'étendue de la poitrine, ce qui serait un avantage dans les cas complexes et douteux ; si le diagnostic était plus précis, on le caractériserait en indiquant le siége réel de la maladie, et en disant : pyothorax, hydrothorax, hémothorax, pneumothorax de la plèvre, du péricarde, des médiastins, etc.

Tous les jours, au reste, le langage médical se perfectionne et s'enrichit, en raison des progrès de la science, et le temps n'est pas loin où le mot d'empyème sera complétement abandonné. Les désignations vagues ne conviennent qu'aux époques d'ignorance, et c'est se condamner à une confusion et à une obscurité inévitables, que de vouloir comprendre sous un même terme les nombreuses variétés des épanchements thoraciques, les foyers pulmonaires suppurés avec adhérence des plèvres, les tumeurs thoraciques soustégumentaires, les collections formées en dehors de la plèvre elle-même, entre elle et les muscles intercostaux (Lisfranc), les abcès du médiastin (J. L. Petit, etc.), l'hydropisie du péricarde (Sprengel, Covillard, etc., etc.), et le pus ou la sérosité, formés autour des corps étrangers contenus dans l'épaisseur du poumon ou tombés sur le diaphragme (Larrey).

Chaque auteur se trouve alors dans la nécessité d'expliquer pourquoi il a étendu ou restreint la signification de mêmes mots diversement interprétés, et c'est là réellement un très-grave abus.

Quoi qu'il en soit, nous décrirons seulement comme opérations d'empyème, celles où la chirurgie ouvre la plèvre dans le but d'évacuer la matière des épanchements qui y sont contenus.

Cette opération nous paraît mal connue, mal faite, et mal appréciée. Aussi ne sommes-nous pas étonnés de voir le discrédit où elle est tombée ; à peine si de loin en loin on peut en observer quelques exemples dans les hôpitaux, où tant de malades succombent à des épanchements pleurétiques. Nous croyons cependant que, mieux comprise et mieux appliquée, elle offrirait à l'art les plus heureuses ressources, et déterminerait toujours du soulagement et souvent des guérisons inespérées.

Animé d'une pareille conviction, nous devions chercher à la propager, et à lui donner la valeur d'une doctrine en la fondant sur des bases incontestables. C'est ce que nous nous sommes efforcé d'accomplir par l'étude des enseignements théoriques de la science, et une appréciation rigoureuse de faits bien observés et suffisamment multipliés.

Ce travail se composera de trois parties distinctes. Dans la première, nous rappellerons les préceptes de l'école hippocratique, et nous les montrerons traversant vingt siècles sans rien perdre de leur importance.

Nous exposerons ensuite, sans nous arrêter aux époques intermédiaires, frappées au coin d'une stérile et incomplète imitation, l'état des doctrines actuelles, semées véritablement d'incertitudes, de confusion et d'erreurs.

Dans une deuxième partie, nous consulterons les faits. Dans ce but, nous rapporterons un grand nombre d'observations d'opérations d'empyème, pratiquées avec plus ou moins de succès ; nous les classerons suivant la nature de l'épanchement, et nous les ferons suivre d'une appréciation rapide, par laquelle nous mettrons en relief la justesse des indications, la valeur des procédés employés, et les diverses terminaisons obtenues.

Enfin, dans la troisième et dernière partie, à laquelle les deux premières auront servi de préliminaires et de matériaux justificatifs, nous tracerons l'histoire générale de l'opération de l'empyème.

PREMIÈRE PARTIE.

EXAMEN DES DOCTRINES DE L'ANTIQUITÉ ET DES DOCTRINES MODERNES SUR L'OPÉRATION DE L'EMPYÈME.

DE LA DOCTRINE D'HIPPOCRATE SUR L'OPÉRATION DE L'EMPYÈME.

A une époque comme la nôtre, où la science manque complétement d'unité et se trouve pour ainsi dire morcelée dans une foule de recherches, originales sans doute et progressives, mais toujours individuelles et souvent contradictoires, on est frappé d'admiration en contemplant le magnifique édifice de la médecine grecque. L'esprit éprouve une satisfaction calme et profonde en face de ces grandes œuvres hippocratiques qui constituent un des plus beaux monuments de l'esprit humain, et on comprend sans peine comment tant de siècles se sont renfermés dans les règles d'une si haute autorité, et ont repoussé comme fausse ou funeste toute innovation.

Ces réflexions paraîtront, je crois, fondées à tous ceux qui auront étudié les préceptes de l'école d'Hippocrate sur l'opération de l'empyème, et qui auront été frappés de la précision, de la hardiesse, de la certitude que ces préceptes nous offrent, comparés à l'indécision, au vague, à la timidité de la pratique actuel

Il semblerait que notre siècle, complétement adonné à l'étude

de l'anatomie pathologique et de la séméiologie, ait oublié, en quelque sorte, que ces sciences n'ont qu'une valeur relative à la thérapeutique, et que les notions les plus vraies sur le siége et la nature des maladies doivent se résoudre en perfectionnements dans les moyens de traitement.

Hippocrate reconnaissait un assez grand nombre d'indications à l'opération de l'empyème, qu'il recommandait, 1° pour les épanchements purulents, suite de pleurésie (1); 2° pour l'hydrothorax (2);

---

(1) Alius morbus quùm tempus longius protrahitur, et febris vehemens ac tussis corripit et latus dolet, et ad sanam partem decumbere non potest, sed ad dolentem, et pedes et oculorum cavitates intumescunt. Hunc ubi decimus quintus ab eruptione dies adest, multa calida lotum, in sella firma collocato, et alius quidem manus ipsius teneat, tu vero humerum concutito, ut audias in utrum latus affectio strepitum edat : optandum autem esset in sinistrum. Hunc ipsum igitur locum seces, minus enim lethalis est. Si vero præ crassitudine ac copia strepitum non edat, quo ipsum cognoscere possis (nam hoc aliquando contingit) utrum latus tumuerit ac magis doluerit hoc infime secato retro tumorem, magis quam ante ipsum, quo puris exitus facilem fluxionem habeat. Secato autem intercostas, per novaculam primum cutem, deinde scalpello acuto, quod panniculo sit obligatum, ita ut summa ipsius pars, ad unguis magni digiti mensuram expedita restet, quam intromittas. Postea emisso pure quantum visum fuerit, vulnus linamento ex lino crudo, alligato foras propendente filo, concludito; et quotidie semel pus educito : postquam autem decimus affuerit dies, omni pure emisso linamentum ex linteo indito. Deinde vinum et oleum tepefacta per fistulam infundito, ne pulmo a pure humectari solitus derepente resiccetur, emittendum autem est id quod mane infusum est, ad vesperam, quod vespera mane. Ubi vero pus tenue velut aqua fuerit, et ad digiti contactum viscosum ac modicum, penicillum stanneum cavum indito. Postquam autem omnino venter resiccatus fuerit, paulatim linamentum præsectum minuito, donec ulcus coalescat et ipsum penitus eximas. Signum autem an evasurus sit habes; si pus album ac purum fuerit, et fibræ sanguinis insint, plerumque sanus fit. Si vero prima die profluat lutei ovi speciem habens, aut secunda die defluat crassum cum virore subpallidum, fœtens, moriuntur ubi pus effluxit (*Hipp.*, *de morbis*, liv. II, § 45.— Vanderlinden.)

(2) Hydrops pulmonis. Si hydrops in pulmone fiat, febris et tussis tenet, et acervatim respirat, et pedes tument, et ungues contrahuntur omnes, et patitur talia, qualia is qui suppuratus fit, sed debilius ac diuturnius. Et si quid infundas, aut fomentum aut suffitum adhibeas, pus non sequitur, atque ex hoc sane cognoveris, non pus sed aquam intus esse. Et si multo tempore aure ad latera adhibita audire tentaveris, ebullit intrinsecus velut acetum ; et hæc quidem aliquandiu patitur, postea erumpit ad alvum, et statim quidem sanus esse sibi videtur ac à morbo liberatus. Verum progressu temporis alvus inceditur, eadem que illa patitur et adhuc amplius. Aliqui etiam intumescunt ventre, scroto, ac facie. Et quidam ab inferna alvo id esse putant, quum videant ventrem magnum et pedes tumentes. Intumescunt

3° pour les épanchements circonscrits et peu étendus de la pleurésie (1); 4° pour les abcès du poumon (2); 5° pour les épanchements de pus, déterminés par les blessures de la poitrine (3).

Les moyens de diagnostic étaient différents, selon chaque genre d'affection. Ainsi, dans la pleurésie A, lorsque, le quinzième jour, il y avait toux et fièvre violente, douleur de côté, impossibilité de se coucher sur le côté sain, décubitus sur le côté malade, gonflement des pieds et des cavités orbitaires, on devait mettre le malade dans un bain chaud, puis, l'ayant assis sur un siége solide, en lui faisant tenir les mains, imprimer une secousse aux épaules, et écouter de quel côté de la poitrine on entendait le bruit du liquide.

---

enim hæc, si sectionis tempus transgrediaris. Hunc si quidem extra intumuerit, inter costas sectum curare oportet. Si vero non intumuerit, multa calida lotum velut suppuratos collocato, et qua parte strepitum perceperis, ea secato, quam potes infimo loco, quo effluxio facilis contingat. Postquam secueris, linamentum ex crudo lino indito, ita ut crassum et acutum linamentum facias, et sanguinem (il y a là une faute : ce n'est pas *sanguinem* qu'il faut lire, mais *aquam;* dans le texte ὕδατος) paucissimum parce emittas. Siquidem in linamento pus adhæserit quinta die, plerumque evadit. Sin minus, ubi aquam exhauseris, sitis corripit et tussis, et moritur (*Id.*, § 59).

Un autre procédé d'empyème est indiqué par Hippocrate dans le XXVe § des affections internes, où sont décrits les symptômes de l'hydropisie de poitrine 28. Costam tertiam ab ultima usque ad os secato. Deinde cum terebra cava ultra perforato, et ubi perforata fuerit, aquæ parum emittito.

(1) Lateris tuberculum. Quum in latere tuberculum fit, tussis emergit dura et dolor et febris, et gravitas in latere incumbit, et dolor acutus in eodem semper loco urget, et sitis vehemens et calidum potum aversatur, et in dolens latus decumbere non potest, sed in sanum. At ubi decumbit, velut lapis impendere ipsi videtur et intumescit et rubescit et pedes intumescunt. Hunc secato aut urito. Postea pus emittito, usque ad decimum diem, linamento ex lino crudo indito. Decima autem die, pure omni emisso, vinum et oleum tepida immittito, ut ne derepente resiccetur, et linamento ex linteolo utitor, ubi vero id quod infusum est emiseris, aliud infundito; atque hæc per dies quinque facito; postquam autem pus tenue effluxerit, velut ptisanæ succus ac modicum ad manus contactum, stanneum penicillum indito, et ubi penitus resiccatum fuerit, linamento semper modice præsecto, ulcus ad linamentum coalescere sinito (*Id.*, § 58.)

(2) *Tuberculum in pulmone.* 26. Quod si non erumpat *abcessus* (multis enim progressu temporis abcedit ad latus, et extumescit), hunc si hoc fiat, secato, aut urito. (*Id.*, § 55.)

(3) Pulmo ad latus prolapsus. 19. At si ex vulnere hoc fiat, aut suppurato secto fieri (fieri enim in his solet), huic vesicam ad fistulam alligatam flatu impleto, ac intromittito, et peniculum solidum stanneum indito, ac ulterius propellito. Sic curationem instituens maxime profeceris. (*Id.*, § 57.)

B. « Dans l'hydrothorax, la fièvre et la toux ne cessent pas, la respiration est fréquente, il y a de l'enflure aux pieds, tous les ongles se recourbent, et le malade présente des phénomènes semblables à ceux des empyèmes (de pus), mais moins aigus, et d'une plus longue durée. Quels que soient les moyens de traitement employés, on n'observe pas de pus, ce qui fait juger que de l'eau seule est épanchée. Si vous appliquez longtemps l'oreille sur la poitrine, et qu'il vous semble entendre du vinaigre en ébullition, que l'affection dure depuis longtemps, l'épanchement se fait jour du côté du ventre, et le malade se croit guéri; mais bientôt les accidents reparaissent plus formidables. Quelques malades ont l'abdomen, le scrotum et la face tuméfiés, et ils pensent que le mal est dans le bas-ventre, parce qu'ils se voient l'abdomen distendu et les pieds gonflés. »

C. « Dans les tumeurs de la plèvre (épanchements enkystés), la toux est âpre; il y a fièvre et douleur, pesanteur de côté, douleur violente dans un point constant, soif vive, et répulsion pour les boissons chaudes. Le malade ne peut reposer sur le côté affecté, et, s'il l'essaye, il y éprouve comme le poids d'une pierre; il y survient du gonflement et de la rougeur, et les pieds sont tuméfiés. »

D. Les signes des abcès du poumon sont également donnés d'une manière très-précise par Hippocrate, qui en indique la durée, ordinairement de quatorze jours, mais quelquefois d'une année. La terminaison peut avoir lieu par expectoration bronchique, par l'issue de la suppuration au travers de la plèvre et des parois thoraciques. Dans ce cas, le côté enfle, et le diagnostic n'est pas douteux.

E. Quant aux épanchements de pus, qui ont lieu à la suite des blessures de la poitrine, leurs signes sont les mêmes que ceux de l'empyème pleurétique, que l'on peut encore reconnaître, lorsque la succussion ne donne aucun signe, en étendant une couche de terre d'Érétrie délayée sur la poitrine. L'endroit qui se sèche le plus tôt est celui où est le pus.

Nous venons de citer la classification nosologique établie par Hippocrate, et les principaux moyens de diagnostic employés de son temps, pour montrer quels progrès nous avons accomplis sous ce double rapport, et mieux faire comprendre la hardiesse de l'art antique, en présence de l'incertitude du diagnostic et du défaut de

connaissances anatomo-pathologiques. Les quatre ordres d'affections, considérés comme indicateurs de l'empyème par Hippocrate, sont encore admis aujourd'hui, bien que Bayle ait démontré que l'abcès ou vomique du poumon appartenait le plus souvent à des épanchements pleurétiques enkystés; toutefois, la vomique pulmonaire existe, peut s'ouvrir dans la plèvre, et former tumeur du côté des téguments, comme Foubert en a cité un exemple remarquable (1).

Mais c'est surtout sous le rapport séméiologique que les différences sont immenses entre l'antiquité et l'art moderne. Les signes rationnels, tels que la toux, la fièvre, la douleur, le mode de décubitus, la durée du mal, invoqués par Hippocrate, et auxquels il se fiait assez pour donner le précepte d'ouvrir le côté de la poitrine où la douleur était la plus vive, sont d'une application difficile, et il fallait toute la sagacité des Grecs pour en tirer un si grand parti

La succussion est sans doute plus sûre; mais elle ne fournit souvent aucun signe; le bruit de vinaigre en ébullition mériterait d'être comparé à quelques-uns de nos bruits stéthoscopiques actuels, et Laënnec a cru qu'il s'agissait du bruit respiratoire mêlé à un peu de râle crépitant, ce qui nous paraît assez douteux. L'application de l'oreille à la poitrine, pour le découvrir, constituait, en tous cas, un véritable mode d'auscultation immédiate, et il est bien extraordinaire que des hommes d'un esprit aussi fin et de sens aussi exquis, n'aient pas su reconnaître l'utilité et l'étendue d'une méthode d'exploration, dans laquelle ils faisaient les premiers pas. La dessiccation plus ou moins rapide de la couche de terre délayée qu'ils étendaient sur la poitrine, doit paraître infidèle, et leur meilleur signe était manifestement la formation des tumeurs thoraciques extérieures, soit œdémateuses, soit purulentes, qui indiquent si souvent encore l'opération de l'empyème au lieu de nécessité. On se demande comment la mensuration du thorax avait pu échapper aux anciens; mais, outre que je la crois mentionnée dans un passage qu'il m'a été impossible de retrouver, je n'hésiterais pas à affirmer

(1) FOUBERT. *Mém. de l'Acad. de Chir.*, T. I.

que les médecins grecs la connaissaient : car l'augmentation des diamètres du côté malade est trop considérable, dans un grand nombre de cas, pour ne pas frapper les observateurs les moins attentifs; et quand Hippocrate ordonne d'inciser du côté où la poitrine fait saillie, il indique implicitement que la mensuration, approximative au moins, lui était connue. Quoi qu'il en soit, le diagnostic manquait évidemment de certitude, comme nous l'avons dit; mais notre supériorité à cet égard se soutient moins sur la question de thérapeutique.

Trois procédés étaient recommandés par Hippocrate, pour l'évacuation des liquides contenus dans la poitrine: le cautère actuel, l'incision, la trépanation d'une côte. Chacun de ces procédés s'appliquait à des cas distincts, et comprenait des préceptes de la plus haute importance sur le moment où l'opération devait être faite, le lieu d'élection, le mode d'évacuation des liquides, les moyens auxiliaires, tels que les injections, les pansements de la plaie, les soins propres à faciliter l'écoulement du pus, etc., etc.

Ainsi, dans les empyèmes pleurétiques, A, on doit inciser inférieurement, et en arrière plutôt qu'en avant, la tumeur qui aura apparu, afin d'offrir au pus une issue plus facile. La peau est d'abord divisée, avec un rasoir, dans l'intervalle des côtes, puis, avec un bistouri aigu, dont la lame est enveloppée d'un linge, à l'exception de la pointe qu'on laisse libre dans la hauteur de l'ongle du doigt medius, on ouvre la tumeur par ponction. Lorsqu'on a jugé suffisante la quantité de pus écoulée, on ferme la plaie avec un tampon de lin, auquel on a attaché un fil qu'on laisse pendre au dehors, et chaque jour on donne une nouvelle issue au pus. Le dixième jour, après avoir fait sortir la totalité du pus, on introduit un tube dans la poitrine, dans laquelle on injecte un mélange tiède de vin et d'huile, pour que le poumon, habitué à l'humidité du pus, ne soit pas trop promptement desséché. On fait écouler le soir le liquide injecté le matin, et le matin celui du soir. Dès que le pus n'est pas plus épais que de l'eau, et qu'il est doux et onctueux au contact du doigt, on place dans la plaie une canule d'étain, que l'on diminue peu à peu, pour que l'ulcère se resserre, et on finit par la retirer entièrement.

Les tumeurs de la plèvre se traitaient de la même manière;

mais on pouvait les ouvrir avec le fer rouge ou par l'incision, et l'injection du mélange d'huile et de vin se faisait seulement pendant cinq jours; lorsque le pus ressemblait à de la tisane, et qu'il était doux au toucher, on plaçait la canule, et l'on agissait comme dans le cas précédent.

La même conduite était probablement adoptée pour les abcès du poumon : car Hippocrate se borne à dire : Ouvrez avec le fer ou le feu, sans parler des moyens ultérieurs à employer.

Lorsque l'opération de l'empyème avait été pratiquée, ou qu'une blessure de la poitrine avait eu lieu, il arrivait que le poumon tombait sur le côté blessé, et il en résultait un obstacle à l'issue du pus, obstacle que nous expliquons aujourd'hui par la formation d'adhérences et de fausses membranes, quoiqu'il soit réellement possible que le poumon contribue à le former; alors, on introduisait une petite vessie dans la plaie, on l'insufflait, et l'on engageait profondément la canule d'étain. Ce traitement réussissait souvent (1).

Enfin, dans l'hydrothorax, on avait recours à deux procédés pour donner issue au liquide : dans le premier, on faisait l'incision aussi bas que possible, et on remplissait la plaie d'une tente de lin cru, épaisse et terminée en pointe, afin de laisser écouler une petite quantité d'eau seulement (voy. p. 10, note 2). Dans le second, l'on incisait sur la troisième côte, en comptant depuis la dernière, puis on y appliquait un trépan, et, dès qu'elle était percée, on évacuait peu à peu le liquide (voy. p. 10, note 2).

Tels étaient les procédés de l'école hippocratique, et nous remarquerons qu'ils renferment à peu près toutes les indications que l'on cherche encore à remplir de nos jours, par des moyens que leurs auteurs se font grand honneur d'avoir inventés, faute d'avoir étudié la source la plus féconde et la plus complète de notre art.

Le pronostic avait chez les anciens une trop grande importance

(1) Quelques-uns des mêmes préceptes sont reproduits au livre III, et appliqués aux empyèmes de pus déterminés par des blessures de la poitrine. Dans le premier livre, les empyèmes de sang sont nettement indiqués, mais le traitement n'en est pas signalé.

pour n'être pas arrivé à des principes fixes. Aussi voyons-nous dans les *Aphorismes*, que ceux qui ont de l'eau ou du pus dans la poitrine succombent, lorsque l'on évacue à la fois tout le liquide, par l'incision ou le feu (1).

Si le pus est pur et blanc, les malades guérissent ; s'il est sanguinolent et fétide, ils périssent (2).

Dans les épanchements pleurétiques, la guérison a le plus souvent lieu, si le pus est blanc et mêlé de quelques stries de sang ; mais si le premier jour il a la couleur du jaune d'œuf, et que le second jour il soit épais, verdâtre et fétide, la mort arrivera (voy. p. 10, note 1).

Un dernier pronostic pour les suites de l'opération de l'hydrothorax annonce que les malades guériront ordinairement si du pus adhère à la tente le cinquième jour (voy. p. 10, note 22). S'il n'en est pas ainsi, la soif et la toux se déclarent, lorsque l'eau est écoulée, et la terminaison est funeste. On a discuté la valeur de quelques-uns de ces pronostics, et on leur a opposé des faits contradictoires ; mais il faut se rappeler que les cas exceptionnels ne détruisent nullement les règles générales, qui doivent seulement résumer et comprendre les conditions habituelles et les plus constantes.

Telles sont les doctrines hippocratiques sur l'opération de l'empyème ; elles sont simples, précises, et portent le cachet évident d'une observation profonde. Je n'ai pu qu'en indiquer l'ensemble, et j'ai vivement regretté que l'œuvre si savante et d'un si grand travail, entreprise par M. Littré, ne fût pas plus avancée. J'aurais pu alors profiter des discussions lumineuses qui précèdent chacun des traités hippocratiques publiés par cet habile et consciencieux traducteur, et échapper à bien des doutes, dont la solution réclame une appréciation parfaite des textes, une érudition consommée, une critique sûre et les connaissances positives du praticien.

---

(1) Quicumque suppurati aut hydropici secantur, aut uruntur, hi pure aut aqua acervata effluente, omnino moriuntur (*Aphor.*, liv. VI, nº 27).

(2) Quicumque suppurati uruntur, aut secantur, siquidem pus purum fluat et album, evadunt. Si vero subcruentum et cœnosum ac graveolens, pereunt, (*Aphor.*, liv. VII, nº 44).

DES DOCTRINES MODERNES SUR L'OPÉRATION DE L'EMPYÈME.

Nous avons déjà fait pressentir que le principe de libre examen et d'autorité individuelle s'opposait à ce qu'il y eût parmi nous des doctrines qui fissent loi et pussent être présentées comme règles généralement adoptées. C'est là une lacune et un défaut que l'on commence à reconnaître chaque jour davantage, et nous en voyons la preuve dans une tendance manifeste à reconstituer, sur de nouvelles bases, les doctrines médicales. On veut refaire la science, en soumettant tous les faits dont elle se compose à la plus sévère investigation, afin de repousser ceux dont la certitude ne sera pas démontrée. Voilà l'œuvre à accomplir; et nous sommes obligé d'avouer qu'elle aura, en grande partie, le sort commun, et sera ébranlée à son tour par des progrès ultérieurs. Nous risquons donc beaucoup d'être traités un jour avec le même mépris que beaucoup d'esprits, distingués cependant, affectent aujourd'hui pour les travaux des temps passés; mais, à chaque siècle sa tâche, ses progrès et ses erreurs.

Au milieu de cette grande élaboration, nulle question n'est encore plus controversée que celle de l'opération de l'empyème, et si l'on ne savait toute l'impuissance des assemblées à résoudre, par la discussion, les problèmes les plus simples, il faudait désespérer de jamais éclaircir celui qui nous a été proposé. En effet, l'Académie de médecine s'est occupée de ce sujet, en 1836, et il serait impossible, à ceux qui n'ont pas suivi cette discussion, de se faire une idée de toutes les opinions fausses, incomplètes, contradictoires, qui y furent émises.

Les uns prétendirent qu'il était fort inutile de s'occuper de l'empyème, parce que les pleurésies n'étaient jamais mortelles par

elles-mêmes, et la preuve, c'est qu'ils guérissaient tous leurs malades. D'autres comparèrent la poitrine à un tonneau, et soutinrent qu'on ne pouvait en extraire un liquide épanché sans qu'il fût immédiatement remplacé par un volume proportionné d'air atmosphérique. On avança que l'introduction de l'air était mortelle; on répondit qu'elle était parfaitement innocente. Une haute expérience posa en règle d'ouvrir largement la poitrine, et de donner issue aux liquides en une seule fois : une expérience non moins célèbre se prononça en faveur de ponctions répétées, pour extraire, petit à petit, et successivement, les matières épanchées. Ici on démontrait par l'anatomie pathologique l'impossibilité de la guérison; là on répondait par des exemples de succès. Enfin, après huit longues séances, on s'arrêta, de guerre lasse, sans avoir pu mettre en relief le moindre principe, et sans avoir formulé une seule conclusion.

Un pareil résultat pouvait être prévu, et était une conséquence nécessaire de l'attention égale que l'on accorde à la parole des hommes compétents et à la loquacité de ceux qui, ignorant à peu près complétement le sujet dont on s'occupe, n'en sont que plus ardents à réclamer leurs droits de tribune. Cependant, quand l'on arrive au triage des opinions qui furent émises dans cette célèbre discusion, et qu'on ne les compte plus, mais qu'on les pèse, on reconnaît, sous cette surface mêlée et confuse, une foule d'observations justes, d'expériences instructives, de vues utiles et de faits pratiques d'une grande valeur. Ce sont, toutefois, des filets d'or perdus dans la gangue, d'où il est difficile de les extraire.

Le même état de la science se retrouve, au reste, en partie dans les livres, dès que l'on veut les opposer l'un à l'autre; on s'accorde cependant à reconnaître l'indication de l'opération de l'empyème, pour quatre espèces d'épanchements. Ceux A de pus; B de sérosité; C de sang; D et d'air. Il serait facile de les multiplier encore, en y ajoutant les épanchements de matières alimentaires, et les épanchements mixtes, lorsque le sang est mêlé à la sérosité, ou l'air au pus, etc., etc.

Ces épanchements proviennent de causes différentes; le premier A dépend d'une pleurésie, de la rupture d'une vomique du poumon, d'un abcès extérieur ouvert dans la poitrine, et venant

de la paroi costale, ou développé dans le foie, ayant traversé par ulcération le diaphragme; il est ou non enkysté, simple ou compliqué. Le second B est essentiel, lorsqu'on n'en reconnaît pas les causes; symptomatique, s'il résulte d'une affection du cœur, de l'albuminerie, etc.; local ou phlegmasique, si la plèvre est, altérée. Le troisième C est traumatique, et le quatrième D est comme le second, essentiel, ou bien se lie à une fistule pulmonaire, à la gangrène de la plèvre, à un épanchement de pus, de sérosité ou de sang, ou à une plaie extérieure.

L'anatomie pathologique montre les plèvres et le poumon dans deux états importants à distinguer. Tantôt il y a de fausses membranes plus ou moins organisées et solides, et alors le poumon, qui est constamment refoulé vers la colonne vertébrale, où on le retrouve toujours, selon l'observation de Corvisart, ne peut se développer ni continuer ses fonctions; tantôt la plèvre est, en apparence, saine, et le poumon, seulement comprimé mais libre, se distend aussitôt que la pression de liquide n'existe plus. Les moyens de diagnostic sont nombreux et se tirent des symptômes fonctionnels, de l'examen extérieur, de la mensuration, de la percussion médiate ou immédiate, et de l'auscultation; le pronostic est assez vague; le traitement interne fait des emprunts, selon les cas, à toutes les méthodes thérapeutiques; l'opération de l'empyème est dépréciée et appliquée rarement, quoique les procédés et les instruments en aient été très-multipliés.

Nous nous bornons à cet aperçu sommaire de l'état de la science parmi nous, parce que nous y reviendrons forcément dans le cours de ce travail, et nous demanderons des enseignements moins contradictoires à l'étude des faits.

DEUXIÈME PARTIE.

ÉTUDE DES FAITS.

OBSERVATION I.

De la paracentèse faite entre la cinquième et sixième coste, à cause d'un empyème qui a suivi une pleurésie, laquelle a heureusement réüssi, après l'inutile application de plusieurs médicaments externes, faite par le conseil de médecins de grande réputation. (Marchettis, obs. XLVIII, œuvres de Laforet, p. 246.)

Un gentilhomme padouan, n'ayant pas craché après une pleurésie, tomba dans un empyème, ayant une si grande quantité de pus enfermée dans la cavité de la poitrine qu'il tomboit tous les jours deux ou trois fois en des défaillances qui tenoyent de la syncope.

Ayant délibéré par cette raison d'y faire la paracentèse, son père ne la vouloit permettre, et fit venir les principaux médecins, avec lesquels, ayant consulté, j'y proposai l'ouverture entre la cinquième et sixième coste, si célèbre parmi les autheurs, et laquelle j'ai exercé souvent fort heureusement.

Elle fut rejetée par un médecin entr'autres, lequel ordonna un cataplasme au lieu d'icelle, lequel on devoit appliquer sur le thorax, pour tâcher de résoudre, par le moyen d'icelui, la matière purulente, car il appréhendoit que l'on offensat les vaisseaux intercostaux.

Je fus étonné de ce sentiment, vu que ce médecin m'avoit vu faire cette opération très-heureusement; mais, le lendemain matin, je fis une incision au thorax entre la cinquième et la sixième coste, et mis dedans une tente assez grosse pour l'entretenir ouverte, laquelle ayant ôtée le soir, j'en tirai passé trois livres de pus: ce jeune homme se trouvant délivré de ses défaillances après cette évacuation.

Je le traitai après comme on fait les autres playes du thorax, laissant sortir tous les jours cette matière purulente, et mettant quelques jours après une canule de plomb dans la playe, par laquelle elle fut entièrement vuidée. Après avoir ôté cette canule, la playe fut cicatrisée en l'espace de vingt jours.

Que signifient tous les exemples de revers opposés aujourd'hui à l'opération de l'empyème, en présence d'aussi beaux succès qui ne sauraient être niés, puisqu'on les voit se renouveler de nos jours; l'on ne peut attribuer la différence des résultats qu'à celle des conditions pathologiques, et il est important de les constater.

L'opéré de Marchettis allait mourir, puisqu'il tombait deux ou trois fois par jour en défaillance, et cependant, on lui ouvre la poitrine par une incision d'une certaine largeur; on y met une tente assez grosse pour la maintenir ouverte; après avoir fait couler trois livres de pus l'on évacue chaque jour le liquide; on place ensuite une canule de plomb dans la plaie, et la guérison est complète le vingtième jour. Il faut donc reconnaître que le procédé était excellent, et que si la nature a contribué à la cure, l'art au moins n'a pas fait défaut.

OBSERVATION II.

Épanchement de pus dans la plèvre gauche. Ponction, puis incision entre la dixième et la onzième côte, deux mois environ après l'invasion de la maladie. Bandelette de

linge introduite dans la plaie. Injections. Canule à demeure. Guérison. (Freteau, *Journ. gén. de méd.*, T. XLVII, p. 132.)

Guillaume Leroi, âgé de 13 ans, fut, dans les derniers jours de janvier 1812, atteint d'une fièvre scarlatine angineuse. L'affection de la gorge, ainsi que la fièvre générale, existaient encore au quatorzième jour, quoique avec moins d'intensité, lorsque le petit malade éprouva des douleurs dans tous les membres, et particulièrement au côté gauche de la poitrine. Il survint en même temps des espèces de fluxions arthritiques aux têtes des deux os mitoyens du métacarpe de la main droite, ainsi qu'à la partie inférieure du sacrum. Il y eut toux, chaleur et sécheresse à la peau, fièvre continue rémittente avec exacerbations irrégulières. Les urines parurent tantôt de couleur brune, tantôt semblables à de la lavure de chairs.

L'état du malade n'annonçait aucune disposition à la coction, aucune crise salutaire; il y avait insomnie, et l'amaigrissement devenait chaque jour plus sensible.

La douleur, fixée au côté gauche de la poitrine, cède, au bout de dix à douze jours, à l'emploi des topiques émollients. La résolution de la fluxion fixée à la main s'opère, et il se forme lentement un abcès à la région du sacrum, depuis longtemps douloureuse. La fièvre se continue; le malade se couche par prédilection sur le côté gauche; le pouls, hors les redoublements, se montre petit et concentré. Au cinquantième jour de la maladie, les accidents sont à peu près les mêmes; la décoction aqueuse de quinquina ne suspend point le mouvement fébrile marqué par quelques frissons; mais ce médicament semble soutenir les forces du malade.

La poitrine, alors examinée, paraît plus évasée du côté gauche; les battements du cœur se font sentir du côté droit, entre la troisième et la quatrième des vraies côtes. Le malade peut rester couché sur le dos et à plat, pour peu qu'il soit incliné à gauche.

Les épanchements d'eau sont si fréquents à la suite des fièvres scarlatines, que je n'hésite point à croire que ce fluide est déjà amassé en grande quantité dans la cavité gauche de la poitrine; la percussion vient confirmer cette opinion.

Tous les accidents mentionnés ci-dessus se continuent d'une manière égale; le ventre, refoulé, se montre de plus en plus tendu.

Cette succession de symptômes et quelques phénomènes qui ne me paraissent pas avoir été notés parmi les signes de l'épanchement, semblent ne laisser aucun doute sur son existence.

Du côté gauche de la poitrine, les vraies côtes présentent, sous les muscles pectoraux, une élévation extraordinaire; du même côté, les intervalles intercostaux sont remplis et paraissent plus saillants au dehors que les côtes; tandis que, du côté droit, les intervalles intercostaux sont, pour ainsi dire, rentrés, et les côtes font, au contraire, saillie. Une main étant placée sur le cœur qui bat à droite, et l'autre posée entre les intervalles intercostaux du côté gauche, cette dernière ressent un mouvement d'ondulation, qui résulte de l'impulsion du cœur communiquée au fluide contenu dans la cavité gauche de la poitrine, où l'on remarque un développement considérable, mais sans infiltration, sans œdème.

Dans cet état de choses, je crois devoir proposer l'opération de l'empyème; elle est rejetée. Je réclame l'appel d'un de mes confrères, qui n'élève aucun doute sur l'existence d'un épanchement. Nous réitérons la proposition de l'opération, mais les parents temporisent.

Cependant l'amaigrissement devient extrême, les nuits sont plus orageuses; il y a parfois menace de suffocation. En mettant sous les yeux des parents le succès obtenu sur un autre malade (*voy. Journ. gén. de méd.*, T. XLIII, p. 121), je parviens à les décider, et le 12 mars, le père me prie de tout tenter pour arracher son fils à la mort. A cette époque, c'était certainement faire une application de ce précepte : *Satius est anceps experiri auxilium quàm nullum.*

Nous convenons, M. Bacqua et moi, de nous borner à une ponction entre la dixième et la onzième côte; le poinçon retiré, le pus sort en arcade. Nous sommes surpris de rencontrer un liquide de cette nature; aucun travail manifestement inflammatoire ne l'avait annoncé. Nous retirons à peu près vingt onces de cette matière, qui était fétide. La petitesse du trois-quarts et la consistance du pus nous conduisent à agrandir l'ouverture, et la canule nous sert de guide pour faire une incision d'environ six lignes de derrière en devant, en longeant la onzième côte, et selon sa direction, A l'instant même, le pus se présente avec une telle impétuosité, que je suis bientôt dans l'obligation de boucher l'ouverture, dans la crainte de jeter le petit malade dans une extrême prostration de forces. La partie moyenne d'un linge fin est introduite à l'entrée de la plaie; quelques boules et gâteaux de charpie sont apposés dessus et recouverts d'épaisses compresses, le tout est maintenu par un bandage de corps.

Le petit malade passe la journée et la nuit avec des douleurs du côté de la plaie; au reste, son état est le même, bien qu'il soit sorti la veille au moins une pinte de pus. La tension du ventre n'a point encore cédé, et la saillie formée par le soulèvement des côtes sous les muscles pectoraux n'est point diminuée. M. Bacqua et moi nous sommes loin de soupçonner la quantité énorme de pus que contient la cavité gauche de la poitrine.

Au pansement du lendemain, il devient difficile de ne pas ôter le tamponnage tout ensemble, et la plaie laisse jaillir avec une force étonnante une matière purulente de la même nature que celle qui était sortie le jour précédent. En moins d'une demi-minute, il s'en écoule plus de trois pintes. Dans les mouvements d'inspiration, le pus est pressé au dehors avec impétuosité; mais bientôt les mouvements d'expiration précipitent avec bruit l'entrée de l'air dans la poitrine. Je m'empresse de boucher la plaie, d'abord avec la main, puis avec plusieurs doubles de compresses soutenues par les bandages de corps.

Dans le cours de la journée, et pendant la nuit suivante, il s'écoule une quantité de pus qu'on peut évaluer à plus de deux pintes. Le petit malade est à chaque instant inondé dans son lit. Il éprouve alors un soulagement marqué; le ventre est affaissé, et la saillie formée par les vraies côtes ne se laisse plus apercevoir. Loin d'être affaibli, le malade paraît, au contraire, avoir recouvré des forces; son pouls prend du développement et de la souplesse. Son sommeil a lieu avec une tranquillité inconnue depuis longtemps; il peut se coucher sur l'un et l'autre côté. L'appétit reparaît.

Je ne place pas de séton pendant les premiers jours. Je me contente de couvrir la plaie avec un emplâtre fenêtré, légèrement collant, par-dessus lequel je mets un gâteau de charpie; et le pus s'échappe facilement à travers cet emplâtre. Bientôt il se montre épais et blanc; dès lors seulement j'introduis dans la plaie une bandelette de linge fin à bords effilés.

Peu de jours après, les mouvements fébriles qui avaient été suspendus reparaissent avec chaleur et agitation; le pus a repris beaucoup d'odeur. A l'exemple de Willis, je crois devoir recourir aux injections, d'autant mieux que mon ami M. Bacqua, chirurgien distingué, en avait aussi obtenu des avantages dans le cas suivant : par suite d'un coup de feu qui avait fracturé la cinquième des vraies côtes, il s'était formé un amas consi-

dérable de pus dans la cavité gauche de la poitrine. Une petite plaie située au-dessus du foyer purulent permettait chaque jour de pomper le liquide épanché; on recourut aux injections, et le foyer, détergé par ce moyen, se tarit peu à peu complétement. MM. Robin et Bacqua purent observer que l'injection revenait souvent par la bouche : elle faillit même faire suffoquer le malade un jour qu'il était sur son séant pendant qu'on l'injectait. La matière à injection revenait par la bouche sans aucun inconvénient, lorsque la poitrine était inclinée. Le malade guérit parfaitement.

Au moyen d'une sonde de gomme élastique, j'ai porté matin et soir dans la poitrine des injections, d'abord avec la décoction de quinquina, puis avec l'eau d'orge miellée; et j'ai continué de tenir dans la plaie une bandelette de linge. Le pus a exhalé une odeur gangréneuse et fétide pendant quinze à vingt jours; au bout de ce temps il est devenu moins abondant, plus lié et sans odeur. Le malade a dès lors commencé à reprendre des forces et a pu marcher dans la chambre. Au quarantième jour de l'opération, il a pris l'air, et quelques jours après il s'est promené sans appui. Depuis ce temps, la santé générale s'est progressivement améliorée, et toutes les fonctions se sont exercées facilement. Cependant, comme le poumon gauche ne paraissait avoir repris que très-peu de développement, et qu'il s'écoulait chaque jour, par la plaie, une assez grande quantité de pus, je me déterminai à placer à demeure une canule d'argent à laquelle le petit malade s'est habitué sans la moindre gêne. C'était l'extrémité d'une algalie offrant le long de la tige plusieurs petits trous. J'y avais fait ajouter une plaque qui s'accommodait fort bien à la forme de la poitrine; cette canule avait d'abord à peu près quatre pouces de long; au bout de trois mois j'en fis supprimer un quart; et au sixième mois elle fut réduite à vingt-sept lignes.

La canule était retirée tous les trois ou quatre jours pour être nettoyée; son ouverture était simplement recouverte de quelques compresses maintenues par un bandage de corps. La suppuration s'est trouvée parfois plus ou moins abondante, mais la santé du petit Leroi n'en souffrait nullement; et dès le sixième mois après l'opération, il était parvenu à plus d'embonpoint qu'il n'en avait eu avant de tomber malade.

Au commencement de janvier 1813, je n'ai laissé à la canule que la longueur de dix-huit lignes; à la fin du même mois elle a été entièrement ôtée, la plaie ne donnant plus qu'un suintement léger. Vingt jours après la suppression de la canule, la cicatrisation était parfaite.

Nous ne saurions trop appeler l'attention sur cette observation; elle montre d'une manière évidente la valeur des préceptes de l'école grecque sous le double rapport des procédés et des résultats de l'opération qui nous occupe; on remarque seulement cette différence entre les deux époques, qu'Hippocrate prévoit les indications, tandis que le médecin moderne ne les aperçoit qu'après qu'elles sont survenues.

Voici les preuves de notre jugement : M. Freteau commence par plonger un trois-quarts dans la poitrine et voit le pus sortir en jet; bientôt il reconnaît que l'ouverture est trop petite, que le liquide

s'écoule trop lentement et en trop petite quantité, et que la plaie ne pourra être maintenue ouverte pour évacuer plus tard et successivement la matière épanchée ; il incise donc l'espace intercostal, et aussitôt plusieurs litres de pus jaillissent au dehors. L'indication est remplie, mais n'a pas été prévue ; cependant nous devons dire que M. Freteau croyait opérer un hydrothorax, cas dans lequel le trois-quarts eût été plus convenablement choisi.

La plaie pansée, avec la précaution d'y introduire un linge fin, donne issue dans les trois premiers jours à une énorme quantité de pus, évaluée à sept ou huit pintes, et le malade éprouve, en ce moment seulement, un soulagement marqué ; les forces et l'appétit renaissent ; le décubitus est facile sur les deux côtés de la poitrine ; un pus blanc et bien lié s'écoule de la plaie, dans laquelle on introduit une mèche effilée.

Cependant, vers le dixième jour, accidents généraux et fétidité du pus, que M. Freteau combat heureusement par des injections de quinquina et d'orge miellé, injections que nous savons avoir été recommandées par l'antiquité au dixième jour de l'opération (*voy.* p. 10 et obs. XXX). Au bout de quinze à vingt jours, le pus redevient de bonne nature et la santé générale s'améliore. Nous nous demandons si la fétidité du pus eût continué si longtemps et exposé le malade aux graves accidents de la résorbtion, si l'on eût suivi le procédé d'Hippocrate et maintenu le liquide de l'injection dans le foyer de l'épanchement. M. Récamier a démontré qu'il suffisait de remplir la cavité pleurale d'un liquide quelconque, d'eau pure, par exemple, pour neutraliser la décomposition du pus et arrêter la fièvre et les symptômes généraux. Ainsi, après un intervalle de vingt siècles, l'expérience moderne vient constater l'efficacité d'un moyen complétement tombé dans l'oubli, ou théoriquement condamné comme excessivement dangereux.

Cependant, du pus en assez grande quantité s'écoule encore par la plaie, ce qui détermine le chirurgien à placer une canule à demeure ; le malade s'y habitue sans la moindre gêne. Cette canule, qui était de trois pouces, est diminuée d'un quart au troisième mois, réduite à vingt-sept lignes au sixième, à dix-huit lignes dix mois après l'opération, ôtée enfin un mois plus tard, lorsqu'il ne restait plus qu'un suintement léger, et au bout de vingt jours la cicatrisation

est parfaite. Or, Hippocrate avait, comme on le sait, posé en règle de se servir d'une canule à demeure aussitôt que le pus devenait léger et onctueux, et il en faisait diminuer la longueur successivement. Quelques chirurgiens ont accusé M. Freteau d'avoir éternisé la cure, en laissant si longtemps la canule dans la plaie. La plupart de nos observations prouvent le peu de fondement de ce reproche. M. Freteau s'est donc beaucoup rapproché des préceptes grecs, et il a vu le succès couronner l'habileté et la hardiesse avec lesquelles il avait entrepris l'opération et suivi le traitement du malade.

Il est question dans l'observation de M. Freteau d'un cas de plaie de poitrine par arme à feu, dans lequel le malade rendait par la bouche des injections faites dans un foyer purulent de la poitrine; cependant la guérison eut lieu, et nous verrons d'autres exemples semblables également heureux, à la suite d'opérations d'empyème pratiquées sur des sujets atteints de pneumo-thorax déterminé par une fistule broncho-pleurale.

OBSERVATION III.

Jeune soldat congédié, âgé de 29 ans. Épanchement pleurétique purulent à droite. Opération de l'empyème par ponction. La plaie reste ouverte. Trois mois après, le malade est assez bien portant pour retourner dans ses foyers. (FAURE, *Gaz. méd.*, ann. 1836, p. 760.)

Lafond, soldat congédié du 63e régiment d'infanterie de ligne, âgé de 29 ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, d'une constitution peu forte, exerçait l'état de tailleur. Il entra à l'hôpital Saint-Éloi, au mois de novembre 1833, pour se faire traiter d'une maladie vénérienne qu'il apportait de Toulon, où il avait fait longtemps usage des remèdes convenables.

4.

Le 4 mai 1834, après cinq mois de séjour à l'hôpital, il est pris d'un frisson qui dure une heure, suivi de chaleur, et d'une douleur à l'épaule droite. Le 5, on l'envoie dans mon service. Cet homme, pâle, maigre, souffrait beaucoup; il éprouvait de vives douleurs de ventre avec dévoiement et des vomissements; le pouls était petit, les extrémités froides, le ventre tendu et douloureux, la respiration fréquente. On devait le croire atteint d'une péritonite. (30 sangsues sont appliquées sur le ventre.)

Le 8, la douleur de l'épaule droite augmente et gêne les mouvements du bras. (40 sangsues sont appliquées sur le côté droit de la poitrine.)

Mais le 11, on profite d'une position favorable que le malade a prise, et on ausculte la partie latérale et inférieure du côté droit du thorax. La respiration y est nulle.

Le 22, la réaction est finie.

Le 24, le calme renaît; mais la gêne du thorax augmente.

Le 29, ainsi que le 30, il y a des mouvements de suffocation. Ce jour-là, on ponctionne le côté droit du thorax, et on en tire un litre et un quart d'un liquide couleur purée de pois claire. Les jours suivants, le liquide coule spontanément par la piqûre. Le malade se rétablit, et partit le 24 août pour se rendre chez lui. M. Lévy, auteur d'une thèse sur l'empyème, était alors à Toulouse avec son régiment. Je lui adressai ce malade pour qu'il le vît. Il m'a assuré (car M. Lévy était, il y a peu de jours, à Strasbourg) que cet homme avait alors l'air bien portant. Il était de Montastruc, département de Lot-et-Garonne, où l'on pourrait peut-être avoir des renseignements ultérieurs.

Nous avons emprunté cette observation au mémoire envoyé par M. Faure, professeur à l'hôpital militaire de Strasbourg, à l'Académie de médecine, et dont le rapport fait par M. Bouillaud souleva la fameuse discussion (1836) que nous avons précédemment signalée. Huit faits avaient été cités par M. Faure: une fois l'opération avait réussi; dans un autre cas le malade était en voie de guérison au troisième mois; les six autres étaient morts. Chez tous la ponction avait été faite et on avait fermé la plaie. Sans revenir sur les réflexions que nous avons déjà faites sur la valeur de ce procédé, nous dirons que chez le jeune soldat dont la convalescence était commencée, la plaie ne s'était pas cicatrisée; on lui fit à droite une seule ponction, le vingt-cinquième jour de sa maladie, et on retira « douze onces d'un liquide rouge, écumeux et fumant, « qui s'échappa avec une espèce de sifflement par la canule. » Cette affection avait le caractère d'un état aigu (*voy.* obs. XXXVII), et la nature de l'épanchement fut tellement exceptionnelle, que nous ne saurions conclure du succès du procédé, à son application aux empyèmes de pus ou de sérosité. Les six malades qui succombèrent éprouvèrent tous du soulagement, et leur vie fut prolongée; mais la plaie de la première et unique ponction qui fut faite se cicatrisa immédiate-

ment, et nous croyons qu'on eût été fondé à espérer de meilleurs résultats si on eût donné une issue plus fréquente à la suppuration, en maintenant l'ouverture de la plaie.

OBSERVATION IV.

Fistule pleurale datant de plusieurs années. Accidents, fétidité du pus. Mort. Le poumon, comprimé sur la colonne vertébrale, n'était plus susceptible d'être distendu par l'insufflation. (*Bull. de l'Acad. royale de médecine*, T. I, p. 872.)

Louise Charlière, âgée de quinze ans, portait depuis trois ans une fistule de la plèvre gauche, pour laquelle elle avait fait, en 1835, un assez long séjour à l'hôpital Beaujon, et qui la fit rentrer dans cet hôpital le 21 mars 1836. L'ouverture fistuleuse fournissait alors un pus très-abondant. Le côté gauche du thorax était déprimé; le tronc penchait à gauche; les côtes droites formaient en arrière une gibbosité. Une seconde ouverture s'établit près de la première, pendant l'hiver de 1836; peu après le pus prit une odeur plus fétide; la dyspnée augmenta; il survint une anasarque générale, et la malade succomba le 29 mars 1837.

La cavité gauche du thorax était considérablement rétrécie par l'ascension du diaphragme, ainsi que le rapprochement et l'affaissement des côtes. Le foyer purulent, tapissé par une membrane de nouvelle formation, communiquait au dehors par deux trajets fistuleux. Le poumon, refoulé vers le médiastin et la colonne vertébrale, représentait une sorte de disque aplati, entièrement privé d'air, épais seulement de quelques lignes, long de trois à quatre pouces, qui n'a pu se distendre par l'insufflation.

On peut apprendre, en lisant cette observation, quelles sont, dans beaucoup de cas, les suites des épanchements purulents abandonnés aux efforts de la nature. L'ouverture spontanée de la paroi costale avait eu lieu trop tard, pour permettre au poumon de reprendre ses fonctions, et cet organe, comprimé et comme perdu sur la colonne vertébrale, n'avait pu aider à remplir le vide produit dans la poitrine par l'écoulement de la matière de l'épanchement. Trois ans s'étaient écoulés dans cette lutte infructueuse

d'une constitution jeune et pleine de ressources contre des altérations incurables, et la vie épuisée avait fini par s'éteindre.

Remarquons un phénomème bien rare : le poumon, sorte de disque applati, ne pouvait plus être distendu par l'insuflation. Ainsi, la fausse membrane n'était pas le seul obstacle au rétablissement respiratoire, le parenchyme pulmonaire était lui-même atrophié et avait perdu ses propriétés fonctionnelles.

OBSERVATION V.

Pleurésie gauche. Épanchement purulent ; opération de l'empyème au lieu de nécessité. Issue d'une masse gangrénée. Séparation des cinquième et sixième cartilages costaux d'avec les côtes correspondantes; fistule pleurétique; guérison au bout de 18 mois; déformatian considérable du thorax. (Cruveilhier, *Dict. de méd. et de chir. prat.*, T. XIII, p. 312.)

Le 15 décembre 1818, je fus appelé auprès du jeune S., âgé de douze ans, atteint depuis l'avant-veille d'une pleurésie gauche. — Sangsues, renouvelées le lendemain. Chûte de la fièvre, disparition presque entière des douleurs de côté.

Le 18, frisson suivi de chaleur et de sueur; infiltration douloureuse à la partie supérieure gauche du thorax. Matité extrêmement considérable dans toute la moitié gauche de cette cavité. Face altérée, décolorée, bouffie; léger assoupissement; respiration précipitée et plaintive.

Jusqu'au 5 février, état stationnaire, fièvre avec redoublement, amaigrissement, puis marasme; petite toux avec crachats muqueux, teints de sang une seule fois; appétit; dévoiement qui finit par céder.

A cette époque, tuméfaction marquée et douloureuse au-dessous du creux de l'aisselle gauche; les jours suivants, cette tuméfaction s'étend à la mamelle. Infiltration de toute la partie correspondante du thorax et de l'abdomen, infiltration des bourses, vésicatoire, au-dessous de la mamelle.

Le 13 février, tumeur considérable proéminente, fluctuante au-dessous du mamelon; elle est entourée d'un cercle œdémateux qui s'étend du bord postérieur de l'aisselle au sternum. Rétrécissement très-notable de la base du thorax à gauche. Infiltration des membres inférieurs. Je pense que la tumeur fluctuante est formée par du pus qui vient de la cavité de la plèvre; car la veille il n'y avait pas de fluctuation sensible, et on ne saurait admettre la formation d'une aussi grande quantité de pus, dans un aussi court epace de temps. Le soir, ponction au centre de la tumeur, au niveau du cinquième

espace intercostal, à l'union des cartilages costaux avec les côtes au devant du cœur. Issue d'une grande quantité de sang et de pus inodore séreux; la quantité de sang est d'abord si abondante qu'on peut craindre une hémorragie, mais bientôt le pus coule seul, abondant pendant l'expiration, nul dans l'inspiration; il sort en jet pendant les efforts de toux.

Le 14 et le 15, le pus continue de couler; oppression moindre, diminution de l'infiltration. Deux pertuis s'établissent spontanément à la partie inférieure de la tumeur; ils donnent du pus épais, différent du pus séreux qui s'écoule de la plaie; affaiblissement tel, qu'il est à craindre que le malade ne puisse résister à l'abondance de la suppuration; couleur jaune paille de la peau, comme dans les maladies cancéreuses; infiltration de la main et de l'avant-bras gauche.

Mon confrère trouve le malade dans un état désespéré, et pense que l'unique moyen de salut est dans une opération d'empyème pratiquée dans le lieu le plus déclive. Il se fonde sur les graves inconvénients du séjour du pus, qui ne peut remonter contre son propre poids. Je me prononce formellement contre cette opération, et je me fonde, 1° sur la facilité avec laquelle le pus s'échappe du thorax par les ouvertures spontanées et artificielles; 2° sur l'innocuité de la présence d'une certaine quantité de pus louable comme celui qui sort de la poitrine, et, au demeurant, sur l'impossibilité de vider complétement le foyer, dans quelque point qu'on pratique l'ouverture; 3° sur la probabilité d'adhérences dans divers points entre la plèvre costale et la plèvre pulmonaire; 4° connaît-on d'une manière positive les limites de l'épanchement, et ira-t-on pratiquer vaguement une opération qui ne saurait être indifférente dans l'état de débilité où le malade est réduit? Mes raisons n'ayant pas pu ramener mon confrère à mon opinion, un tiers fut appelé, et ce tiers trancha la question en disant que cet enfant étant voué à une mort certaine, il valait mieux le laisser mourir sans opération. Eh bien! je ne suis pas sans espérance, répondis-je. L'enfant est un peu moins mal qu'avant l'opération, et il triomphera si ses forces lui permettent de résister à l'abondance de la suppuration. (Bouillon de poulet avec carottes, navets, figues et raisin; potion avec un gros d'extrait aqueux de quinquina.)

Les jours suivants, appétit dévorant, mais fréquence et petitesse du pouls; infiltration des membres thoraciques et abdominaux, du scrotum et des parois abdominales. Le pus ne coule pas directement en dehors; mais avant de sortir par la plaie extérieure, il s'épanche dans une poche sous-cutanée, espèce d'abcès que la pression ne vide pas complétement. L'ouverture artificielle tend à la cicatrisation; les ouvertures spontanées s'agrandissent. Le 22 février, ne trouvant presque pas de pus dans le cataplasme, et voyant que les efforts de la toux n'en amenaient pas l'expulsion, j'en cherchai la cause, et je vis que les ouvertures spontanées étaient oblitérées par une masse de tissu cellulaire gangréné. Le 24, je saisis ce tissu cellulaire avec une pince à pansement, et j'amène une masse très-considérable, du poids d'une once, à la suite de laquelle s'échappe une très-grande quantité de pus. Alors, au lieu de la tumeur extérieure qui existait auparavant, se voit une dépression considérable. Le doigt, promené au niveau de la dépression, éprouve la sensation d'un défaut de résistance. Il semble qu'il y ait absence de côtes et de cartilages dans une certaine étendue. La masse de tissu cellulaire gangréné, examinée attentivement, dans le but de reconnaître aux dépens de quelle partie il avait été formé, m'a présenté un tissu fibreux, pénétré de pus et parsemé de petites masses adipeuses. Il m'a semblé reconnaître le tissu de la mamelle.

Du 22 février au 8 mars, amélioration notable du côté de la fièvre, redoublement

léger le soir, écoulement libre et toujours abondant du pus, rétrécissement notable du thorax, diminution de l'infiltration qui est bornée à l'extrémité inférieure gauche; décubitus constant sur le côté gauche; l'appétit est toujours très-prononcé; erreurs de régime, diarrhée, suppression des aliments.

Le 8 mars, je m'aperçois que les cartilages de la cinquième et de la sixième côte sont complétement séparés des côtes correspondantes. Il y a même perte de substance considérable du cartilage de la sixième. Le sternum, qui n'est plus soutenu à ce niveau, peut être déprimé, et alors la saillie de l'extrémité antérieure de la côte est très-prononcée. La peau est décollée dans une grande étendue. L'écoulement du pus se fait très-librement. L'ouverture artificielle, qui s'était cicatrisée, s'ouvre spontanément. L'enfant est réduit à l'état de squelette, par suite de la disparition complète de l'œdème; il est gai et pressé par une faim insatiable. Il y avait indication de réunir les deux ouvertures, par lesquelles sortait le pus, mais l'enfant est si affaibli, que je redoute et la douleur et le petit écoulement de sang qui seraient la suite de cette petite opération.

Le 15 mars, je m'assure qu'il existe une perte de substance à la sixième côte. Je puis voir l'ouverture par laquelle le pus passe de l'intérieur du thorax dans la poche sous-cutanée. Le stylet s'enfonce dans la profondeur de six pouces, en se dirigeant en dehors et en bas. Nous découvrons qu'un domestique complaisant porte en cachette à manger au petit malade, ce qui explique l'abondance des matières fécales, la diarrhée fréquente, le volume du ventre et la fièvre qui revenait tous les soirs pendant le travail de la digestion. La partie gauche du thorax continue à s'affaisser, tandis que la partie droite acquiert un grand développement.

15 avril, état stationnaire, amaigrissement toujours porté au plus haut degré, le pouls peu fréquent, presque naturel, écoulement d'un pus louable et sans odeur. Souvent l'écoulement semble tarir pendant quelques jours, mais bientôt, à la suite d'un mouvement fébrile, quelquefois très-considérable, écoulement d'une très-grande quantité de pus. Lait d'ânesse, surveillance du régime, pansement avec introduction d'une corde à boyau, de quatre pouces de long, dans la cavité thoracique.

Pendant les mois de mai, juin, juillet, amélioration progressive dans l'état général. Les côtes se consolident avec la peau, et au niveau de la perte de substance se voit une sorte d'infundibulum au fond duquel est l'ouverture fistuleuse, qui donne issue au pus. Pendant dix-huit mois, l'enfant conserva une fistule pleurétique que nous fûmes obligé d'entretenir avec une corde à boyau, dont la suppression, plusieurs fois tentée, entraînait à chaque fois des accès de fièvre, toujours terminés par l'expulsion d'une certaine quantité de pus louable, sans odeur. Enfin la fistule guérit complétement, et le petit malade a pu reprendre ses études, après un an de convalescence. Voici l'état dans lequel je l'ai trouvé en 1824, seize ans après la maladie; il est âgé de vingt-huit ans :

Le côté gauche (côté malade) de la poitrine est d'une dépression telle, qu'on peut à peine s'en faire une idée; il est aplati et allongé dans le sens vertical. Le côté droit, au contraire, est extrêmement bombé, et les espaces intercostaux de ce côté ont une largeur considérable; on croira à peine qu'il existe six pouces et demi de différence entre ces circonférences des deux moitiés du thorax. Ce jeune homme est obligé, pour masquer la difformité, d'avoir un gilet matelassé du côté malade. Le rachis est fortement dévié et présente une concavité plus considérable du même côté. La hanche de ce côté est extrêmement saillante. Au-dessus de la mamelle, creux infundibuliforme adhérant aux os, qui se termine par un cul-de-sac fort étroit, lequel semble pénétrer dans l'intérieur du thorax. La percussion rend un son mat dans toute la partie inférieure du thorax. La respiration

s'entend presque partout, en sorte qu'il est évident que le poumon atrophié continue à remplir ses fonctions.

Cette observation est extrêmement intéressante par le nombre et l'importance des questions qu'elle soulève et qu'elle éclaircit. L'on y voit un épanchement purulent tellement grave, que le jeune malade avait été regardé comme perdu, et qu'un médecin, appelé en tiers avec M. Cruvelhier et un de ses confrères, avait conclu qu'il fallait au moins laisser cet enfant mourir en repos. Cependant, la guérison finit par avoir lieu, malgré de si funestes pronostics, et vint récompenser le talent et le courage de celui qui n'en avait pas désespéré.

Nous noterons qu'il existait une tumeur fluctuante entourée d'un cercle œdémateux au-dessous du mamelon, et la rapidité avec laquelle elle s'était formée prouvait que le pus venait de la cavité de la plèvre, comme on en acquit bientôt la certitude. Or, nous ferons remarquer qu'il n'existe pas de circonstance plus favorable au succès des opérations d'empyème que l'apparition d'une tumeur sous-tégumentaire, communiquant avec la plèvre et indiquant que cette membrane est perforée. La plupart des cas heureux, que nous avons recueillis ou étudiés, se rapportent à des faits semblables qui exigent l'opération au lieu de nécessité, et il semble que l'art a plus de chances de réussite là où la nature a déjà fait effort pour porter le pus au dehors et en amener l'évacuation spontanée. A quoi tient donc cette différence capitale entre des épanchements de même nature, dont les uns restent renfermés dans les plèvres sans paraître exercer aucune action d'ulcération sur leur tissu, tandis que d'autres traversent les poumons ou les parois thoraciques, dénudent les côtes, les carient ou en séparent les cartilages par mortification, comme le fait de M. Cruvelhier nous le démontre? C'est une explication à chercher, et dans laquelle la compression du liquide et l'action ulcérative du pus doivent tenir une grande place. Il est certain, à nos yeux au moins, que le pus altère directement les tissus en contact, et cet adage de l'ancienne médecine, *le pus produit le pus*, nous semble parfaitement prouvé. En vain une étude incomplète et trop mécanique des caractères physiques et chimiques du pus l'avait fait déclarer innocent des dé-

sordres qu'on lui attribuait ; l'observation clinique nous démontre le contraire par l'exemple des phlegmons et des abcès froids qui parviennent à se faire jour au dehors, et qui se répandent souvent à de grandes distances, en détruisant par ulcération les obstacles qu'ils rencontrent. — Quoi qu'il en soit, l'ouverture faite par ponction au lieu de nécessité, c'est-à-dire au milieu de la tumeur et au niveau du cinquième espace intercostal, laissa écouler une grande quantité de sang et de pus inodore et séreux, qui sortait en jet pendant les efforts de toux. On laissa un libre écoulement à la matière épanchée, et dix jours après on fit l'extraction d'une masse celluleuse mortifiée, qui parut être le tissu de la mamelle ; les cartilages de la cinquième et de la sixième côte étaient complétement séparés des côtes correspondantes, et il y eut même une perte de substance du cartilage de la sixième. Deux mois après l'opération, il fallut placer une corde à boyau de quatre pouces de long dans la cavité du thorax, pour entretenir l'écoulement du pus ; ce que l'on eût peut-être encore mieux obtenu par l'emploi d'une canule. Pendant dix-huit mois, l'enfant conserva une fistule pleurétique, et, comme nous l'avons toujours observé, chaque fois qu'on tenta d'en oblitérer l'ouverture, il survint des accès de fièvre toujours terminés pas l'évacuation d'une certaine quantité de pus.

C'est là une des meilleures preuves du danger de ne donner issue à la matière des épanchements qu'à des intervalles assez éloignés, et de l'importance du précepte d'Hippocrate, de placer une canule à demeure dans la plaie, lorsque les premiers accidents sont dissipés, et que la suppuration présente des caractères de bénignité.

Cependant, la fistule se ferma, et seize ans après la guérison, la mensuration indiquait six pouces et demi de différence entre la circonférence des deux moitiés du thorax. Que peuvent répondre à une pareille observation ceux qui mettent en doute l'élasticité et le retrait des parois de la poitrine ? Le poumon n'était pas imperméable, car on entendait la respiration à la partie postérieure de la colonne vertébrale ; mais il n'avait pu se développer suffisamment pour remplir le vide du foyer pleurétique, et c'étaient les côtes qui avaient dû s'incliner vers lui. Après de pareils miracles, comment désespérer des ressources de la vie, et quels remords pour ceux qui

laissent succomber leurs malades, sous prétexte de les soustraire à une opération inutile et périlleuse !

OBSERVATION VI.

Épanchement purulent dans la plèvre gauche. Opération de l'empyème au lieu de nécessité, exécutée avec une lancette. Guérison avec fistule. (*Arch. gén.*, T. V, 1830, p. 229. *Heidelberg, ann.* 1838.)

François Wetzel, âgé de dix-neuf ans, d'une constitution robuste, d'un tempérament sanguin, ayant depuis son enfance toujours joui d'une excellente santé, fut pris, le 24 avril 1834, d'une pleuropneumonie du côté gauche, qui fut énergiquement traitée par les émissions sanguines et locales, les vésicatoires, le nitre, le calomel, l'acétate d'ammoniaque et le tartre stibié. Sous l'influence de cette médication, la fièvre et le point de côté disparurent en quelques jours, mais la toux et la dyspnée persistèrent. Au bout de quelque temps, la respiration était devenue extrêmement laborieuse, et le décubitus sur le côté droit amenait des accidents de suffocation; une inspiration profonde provoquait immédiatement la toux; les matières expectorées étaient puriformes les forces extrêmement affaiblies; le malade avait une petite fièvre continue, des frissons irréguliers, fréquents, et des sueurs nocturnes très-fatigantes. La digitale, le quinquina, le lichen d'Islande, le soufre doré d'antimoine, la poudre de Dower, furent administrés sans résultats.

Au bout de la huitième semaine, la cavité thoracique gauche offrait une dilatation manifeste; les côtes étaient redressées et repoussées en dehors; la percussion donnait un son mat; l'auscultation ne laissait percevoir aucun bruit respiratoire; on n'entendait qu'une égophonie assez évidente. Le tissu cellulaire de la paroi thoracique et du pied gauche était infiltré.

Le 21 juin, une tumeur fluctuante du volume du poing existait entre la cinquième et la sixième côte; et comme la suffocation paraissait imminente, une ouverture fut pratiquée avec la lancette dans l'espace qui sépare la cinquième côte de la sixième; il s'écoula deux chopines et demie d'un pus épais et fétide; le malade se trouva immédiatement très-soulagé. Pendant les premiers jours qui suivirent cette opération, chaque pansement donna issue à une quantité considérable de pus (une livre environ), qui diminua ensuite peu à peu, l'ouverture étant petite et se rétrécissant encore de plus en plus; à mesure que la quantité du liquide expulsé diminuait, sa fétidité augmentait.

Au bout de quelques semaines, une nouvelle tumeur fluctuante parut entre la septième côte et la huitième; une seconde ouverture, beaucoup plus large que la première, fut pratiquée en ce point et maintenue béante.

La marche, la durée de la maladie ne permettaient pas d'espérer une guérison complète, rapide; l'on se contenta donc de favoriser le libre écoulement du pus au dehors, de pratiquer des injections tièdes dans la cavité de la plèvre et d'agir sur l'état général du malade au moyen de préparations toniques. L'ouverture de la poitrine est restée fistuleuse, et tous les efforts tentés à deux reprises, en 1835 et en 1836, pour amener son oblitération, sont demeurés inutiles. Depuis quatre ans le malade est dans l'état suivant : l'état général est bon; Wetzel se livre à ses occupations habituelles, et fait d'assez longues courses sans en éprouver aucune fatigue; plusieurs fois il a eu des accès de fièvre intermittente, des embarras gastriques, des palpitations de cœur avec diminution dans la sécrétion urinaire et gonflement œdémateux des pieds; mais ces accidents ont toujours cédé aux remèdes appropriés (purgatifs, digitale, etc.) et n'ont nullement altéré la santé générale.

La fistule donne issue, dans les vingt-quatre heures, à deux cuillerées de pus; en la fermant aussi exactement que possible pendant une inspiration, le malade étant couché horizontalement, on réussit quelquefois à empêcher l'entrée de l'air dans la poitrine; mais il y pénètre presque toujours librement lorsque Wetzel est debout, et cela sans déterminer d'autre accident qu'une légère dyspnée.

Dans les mois d'août et de septembre 1836, et dans les mois de juin, de septembre et de décembre 1837, des hémorragies abondantes ont eu lieu dans la cavité de la plèvre, et il s'est écoulé au dehors jusqu'à une chopine et demie de sang, sans que le malade ait éprouvé d'autre symptôme fâcheux que celui que constituait l'hémorragie elle-même. Si pendant que cette dernière avait lieu, l'ouverture fistuleuse venait à s'oblitérer, le sang s'accumulant dans la cavité thoracique, il survenait de l'oppression et de la toux qu'accompagnait une expectoration sanguinolente; mais on faisait immédiatement cesser les accidents en rendant au liquide une libre issue. Une circonstance fort remarquable, c'est que, jusqu'à l'époque de l'invasion de sa pleuropneumonie, Wetzel avait été sujet depuis son enfance à des épistaxis périodiques qui n'ont plus eu lieu depuis; les hémorragies dont nous venons de parler n'étaient-elles pas destinées à les remplacer?

Une première tumeur fluctuante, développée entre la cinquième et la sixième côte, et ayant le volume du poing, fut ouverte, comme nous l'avons rapporté, avec la lancette; mais les suites de l'opération ne tardèrent pas à prouver que la plaie était beaucoup trop étroite. En effet, le pus ne trouvant qu'un écoulement incomplet, et presque nul, devint fétide, et il se forma une nouvelle tumeur semblable à la première, entre la septième et la huitième côtes. Ce fait tend à confirmer la facilité de l'ulcération pleurale chez certains sujets, comme nous en avons cité un exemple recueilli par M. Bégin; mais on eût évidemment évité cette complication, en agrandissant la première plaie et en la maintenant suffisammeut dilatée, pour la libre issue de la matière épanchée. La fistule qui persistait au bout de plusieurs années, et dont le foyer devint le

siége d'une hémorragie en quelque sorte périodique, aurait peut-être été complètement guérie par l'usage d'une canule à demeure, qu'indiquait la sécrétion purulente qui s'est toujours continuée, et nous avons rapporté plusieurs exemples de guérison dans des cas en apparence semblables.

OBSERVATION VII.

Épanchement purulent dans la plèvre. Opération de l'empyème au lieu d'élection, le trente-cinquième jour de la maladie. Guérison le quarante-troisième jour de l'opération. (Ravaton, t. II, p. 93.)

Sans-Quartier, soldat du régiment de Vaujour, âgé de vingt-deux ans, de la plus belle figure qu'on puisse voir, fut attaqué d'un point de côté, accompagné de fièvre aiguë. Le médecin fit de son mieux pour sa guérison. Les saignées du bras, celles du pied et de la gorge, les émétiques, les purgatifs, les potions de toute espèce, les tisanes délayantes, les clystères, les vésicatoires, tout fut placé à propos; cependant, on ne put empêcher le dépôt et l'épanchement de matière purulente sur le diaphragme. Il n'y eut point de crachats, parce que, sans doute, la matière n'avait point usé les vaisseaux bronchiques; mais le malade ne pouvait point se coucher du côté opposé à l'épanchement; il y avait pesanteur et flottement, beaucoup d'abattement, des sueurs continuelles, difficulté de respirer et cours de ventre.

Le vingt-deuxième jour de la maladie, je proposai l'empyème au lieu d'élection. Les consultants tournèrent ma proposition en ridicule, et le malade, pourvu d'une potion cordiale, fut abandonné aux ressources de la nature; mais peu de jours après, les régions lombaires, le ventre, les cuisses, les jambes, les pieds, la face, les bras et les mains se gonflèrent et devinrent œdémateux. Le trente-cinquième jour, le malade me fit appeler et me demanda, avec larmes, de lui *ouvrir le ventre* (c'est ainsi qu'il s'exprima). Il ne lui restait, pour ainsi dire, que le souffle. Je rassemblai de nouveau les consultants, qui finirent par me dire qu'ils consentaient à tout ce que je voudrais entreprendre, mais que le malade mourrait avant la fin du jour; ils refusèrent même pendant longtemps d'être présents à l'opération de l'empyème, et ce ne fut qu'à force de sollicitations qu'ils restèrent.

Je fis une incision de quatre pouces aux téguments, à l'endroit d'élection; je plongeai ensuite le bistouri à travers la membrane adipeuse, qui était fort gonflée par la présence de l'œdème, ce qui procura l'écoulement de beaucoup de sérosité. Nouveaux murmures alors de la part des consultants qui, n'ayant pu suivre que de l'œil mes incisions, croyaient que j'avais ouvert la poitrine. Sans faire semblant d'entendre leurs discours, je continuai de couper le grand dorsal, les muscles intercostaux et la plèvre. Il s'évacua aussitôt une si grande quantité de matière purulente et fétide, que le lit en fut inondé;

lors les consultants se retirèrent satisfaits, en me souhaitant un bon succès. Je laissai couler tout ce qui se présenta de matière purulente et de sérosité; je fis laver le malade avec de l'eau vulnéraire tiède, je le changeai de lit et de linge, et le pansai platement et simplement, selon ma méthode, sans introduire de séton de linge entre les lèvres de la plaie. Avant de quitter le malade, je vis que ses yeux, qui étaient mourants, et ses forces abattues, semblaient renaître. La matière épanchée sur le diaphragme, et toute la sérosité qui gonflait le corps adipeux, s'évacuèrent les jours suivants par la plaie. Je n'employai que des injections et des pansements simples, quelques cordiaux et un bon régime pour tout remède; enfin, le malade sortit bien guéri et très-bien rétabli, le quarante-troisième jour de l'opération, c'est-à-dire, deux mois et dix-huit jours après son entrée à l'hôpital.

On ne sait ce que l'on doit admirer le plus en lisant ce récit de Ravaton, de sa modestie et de sa générosité envers ses confrères, ou de la hardiesse et de l'habileté de sa conduite. En choisissant le vingt-deuxième jour de la maladie pour proposer l'opération de l'empyème, il réunissait les conditions les plus favorables, et montraitune parfaite entente des indications, comme nous en donnerons la preuve dans la troisième partie de ce travail. Cependant les consultants tournèrent sa proposition en ridicule, et ne lui abandonnèrent, le trente-cinquième jour, le malade, qu'en annonçant qu'il ne passerait pas la journée. Mais l'attention prise par Ravaton de diviser largement les téguments et d'ouvrir au pus une libre issue, sauva le malade · des injections favorisèrent la cicatrisation du foyer, et la guérison fut prompte et complète. Dira-t-on que le malade eût guéri spontanément? Les exemples si communs de terminaisons fatales à la suite des épanchements pleurétiques *simples*, répondent à cette objection.

OBSERVATION VIII.

Pleurite chronique. Épanchement séro-purulent. Opération de l'empyème. Guérison; par M. Malle. (*Bull. de l'Acad. R. de Méd.*, 15 mars 1837, p. 404.)

Soldat au 39ᵉ de ligne, entre le 10 juin à l'hôpital. Ce militaire était atteint d'une

pleurésie chronique, avec épanchement considérable; non-seulement la poitrine est bombée du côté malade (c'est le gauche), l'intervalle des côtes élargi, le décubitus du côté sain impossible, l'hypocondre gauche déprimé, la voix faible et basse, le pouls déprimé, le son mat dans toute l'étendue de l'épanchement, mais encore le cœur est dévié à droite, phénomène constaté par tous les assistants, et tellement évident que le malade est le premier à s'en apercevoir.

Toutes les indications ayant été remplies sans aucun succès, M. le professeur Tourdes fit pratiquer l'opération de l'empyème; mais cette fois l'évacuation ne fut que partielle. Le liquide était séro-purulent; on y remarquait, en outre, quelques flocons albumineux.

L'évacuation s'étant faite à differentes reprises, on put, en quelque sorte, suivre le retour de l'organe central de la circulation à sa situation normale. Ce retour, du reste, se faisait lentement; mais un jour, pendant la visite du matin, le malade éprouva un mouvement singulier d'anxiété dans la poitrine, puis s'écria presque aussitôt, en tendant les mains vers ceux qui l'entouraient, *que son cœur était revenu à sa place.*

Le rétablissement fut des plus lents. A l'époque où il partit en convalescence pour la Franche-Comté, il portait encore une fistule à la poitrine. Revenu plus tard à Strasbourg, quoique libéré du service, et moins oublieux que la plupart de ceux auxquels nous prodiguons nos soins, il s'empressa de rendre visite à celui que, dans son langage naïf et vrai, il appelait son sauveur. Il était alors parfaitement guéri.

Le fait précédent, que l'on doit à mon collègue et ami M. le professeur Malle, démontre qu'il ne faut pas se laisser détourner des vrais principes de l'art, par les prédictions fâcheuses de ceux qui aiment mieux attribuer leurs revers à la science qu'à eux-mêmes.

L'épanchement était des plus graves, et pourrait être présenté sous le nom d'*hydropisie de poitrine,* tout aussi bien que celui de Morand et de quelques autres, puisque le liquide était séro-purulent et chargé de flocons albumineux; cependant, le rétablissement, favorisé par l'écoulement partiel, mais fréquemment répété du liquide, fut complet après une longue convalescence, et le malade, rendu à la vie, appelait justement M. Malle son sauveur.

OBSERVATION IX.

Pleurite aiguë. Épanchement purulent. Persistance de la plaie pendant plus de trois mois. Guérison; par M. Malle. (*Bull. de l'Acad. R. de Méd.*, 15 mars 1837, p. 402.)

Soldat au 2e léger, âgé de vingt-trois ans, doué d'une forte constitution et d'un tempérament sanguin, ayant jusqu'alors joui d'une santé parfaite. Pris, le 3 septembre 1828, à la suite d'un refroidissement, d'une pleurite aiguë des plus intenses, il avait été transporté à l'hôpital vingt-quatre heures après le début de la maladie, et, malgré le traitement antiphlogistique le plus énergique, et la médication révulsive la plus rationnelle, l'affection ne s'en était pas moins terminée, en moins de trois semaines, par un épanchement considérable, qui menaçait de suffoquer promptement le malade. Appelé pour faire l'opération de l'empyème, et sur l'invitation faite par M. Tourdes, nous examinâmes avec lui le malade, qui présentait l'état suivant :

Il ne peut rester couché que du côté correspondant à l'épanchement (c'est le gauche). S'il se remue avec précipitation, il lui semble, dit-il, entendre un bruit analogue au flot d'un liquide; la conformation extérieure de la poitrine est manifestement altérée; le côté gauche est plus développé, et ce caractère, sensible à la première vue, l'est bien plus encore quand on regarde le thorax par la partie postérieure. La courbure des côtes est augmentée, les intervalles intercostaux sont élargis, l'hypocondre correspondant au côté de l'épanchement est tuméfié, la voix est faible et basse, le pouls déprimé; les mouvements du cœur sont à peine sensibles; enfin, le son est mat dans tout le côté gauche; le bruit respiratoire, au contraire, est entendu dans tout le côté opposé. Du reste, le malade a conservé ses forces, et son moral, surtout, ne laisse rien à désirer.

L'opération, vivement désirée par le malade, fut pratiquée par nous d'après les règles de l'art, entre la troisième et la quatrieme fausse côte; à peine la poitrine fut-elle ouverte, qu'il s'échappa une grande quantité de matières purulentes, et qu'on entendit, en même temps, un bruit particulier; indice de la pénétration de l'air dans la cavité. Je crus reconnaître, cependant, qu'à mesure que la poitrine se vidait, le poumon se laissait dilater par l'air. Toutefois, cette circonstance ne fut guère appréciable que vers la fin de l'opération, qui se prolongea pendant vingt minutes, n'ayant pas voulu donner immédiatement issue à tout le liquide épanché. La quantité de celui-ci fut évaluée à quatre litres; après l'opération, qui soulagea beaucoup le malade, celui-ci se crut guéri : car il respirait enfin, disait-il.

La matière une fois écoulée, nous introduisîmes dans la plaie une bandelette de linge

effilée, de manière à faire pénétrer l'une de ses extrémités jusque dans la cavité pectorale; une compresse fenêtrée fut mise par-dessus; puis un plumasseau, quelques compresses et un bandage de corps, complétèrent l'appareil de pansement : le repos le plus parfait et le silence le plus absolu furent prescrits au malade, qui dormit quatre heures après le pansement, et se réveilla en demandant à manger.

Le lendemain matin, il était assez bien, et néanmoins une quantité de sérosité purulente sortait encore par la plaie. Pendant plus de quinze jours elle resta assez abondante pour réclamer un pansement toutes les douze heures; puis, la quantité de matières purulentes étant devenue moindre, on renouvela l'appareil toutes les vingt-quatre heures seulement.

Environ trois mois après l'opération, le malade sortit de l'hôpital, dirons-nous guéri? Non, sans doute; puisque la plaie donnait encore un peu de sérosité purulente, mais assez bien pour prendre un congé de convalescence. Il alla passer cinq mois au sein de sa famille, d'où il revint sans fistule et avec une santé parfaite. Seulement, le côté de la poitrine était sensiblement affaissé; les côtes avaient perdu de leur obliquité et de leur courbure; les intervalles qui les séparaient avaient diminué, et toute la paroi thoracique paraissait aplatie.

Comment se refuser au sentiment d'une vive satisfaction en lisant l'histoire d'un succès aussi rapide et aussi complet? Le malade était menacé d'une mort prochaine, on l'opère et il guérit. Mais aussi remarquons combien les indications ont été habilement saisies. L'épanchement était encore récent, car la pleurésie ne remontait pas à plus de trois semaines; l'incision de la poitrine fut bien placée, la plaie maintenue ouverte avec une bandelette de linge, et on envoya ensuite le malade dans ses foyers, où il trouva des ressources hygiéniques propres à rendre son rétablissement définitif. On notera que la sensation d'un flot de liquide était perçue, et que l'introduction de l'air dans le foyer de l'épanchement n'a pas déterminé d'accidents.

OBSERVATION X.

Épanchement purulent dans la plèvre gauche. Opération de l'empyème entre les sixième et septième côtes. Soulagement immédiat. Plaie maintenue ouverte. Plus tard, accidents

nombreux entretenus par la présence et l'accumulation du pus. Expulsion de fausses membranes pleurétiques. Guérison avec fistule. (HEYFELDER, de Sigmaringen. *Arch. gén. de méd.* III série. T. V, p. 63.)

Armand May, soldat de ligne, âgé de 21 ans, d'une constitution saine, mais plutôt délicate que forte, avait joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de cinq ans, où il fut pris de la coqueluche dans un haut degré, et, bientôt après, de la fièvre scarlatine. A la fin de cette dernière maladie, cet individu fut affecté d'une toux forte, qui le força de garder le lit six mois. Depuis cette époque, il fut sujet aux affections catarrhales. De la onzième jusqu'à la dix-huitième année, sa santé fut bonne, si ce n'est l'angoisse qu'il ressentait lorsqu'il gravissait une montagne ou qu'il montait un escalier.

A l'âge de douze ans, il but froid en sortant d'une maison de danse; après quoi il fut affecté d'une pleurésie qui le retint au lit pendant sept semaines. A l'âge de vingt ans, il entra dans le militaire; après six mois de service, il fut pris d'une bronchite, dont il fut guéri, après un séjour de sept semaines à l'hôpital, d'où il se rendit en congé chez sa mère. A peine fut-il arrivé chez lui, qu'il sentit un point de côté avec toux. Quelque temps après, il éprouva des douleurs à l'épaule gauche et à la colonne vertébrale; il ne supportait pas la position sur le côté droit; la toux était sèche, l'appétit nul; aussi avait-il une sensation de pesanteur dans le côté gauche de la poitrine, et transpirait-il excessivement pendant la nuit. Ce n'est qu'après cinq semaines qu'il chercha le conseil d'un médecin.

Le 27 décembre 1835, je vis le malade pour la première fois avec un autre médecin (M. Haux), et je le trouvai dans l'état suivant : haut degré d'amaigrissement, pouls d'irritation, accéléré, dur, ce qui était plus prononcé vers le soir; transpiration copieuse dans la nuit, grand abattement le matin; urine rouge, rare, avec un dépôt floconneux; toux brève et sèche, respiration gênée, mais sans douleurs; décubitus forcé sur le côté gauche; peu de soif et peu d'appétit; sommeil nul; son mat à la percussion du côté gauche de la poitrine, tant à la partie antérieure qu'à la partie postérieure. L'auscultation démontre l'absence totale du bruit respiratoire de ce côté de la poitrine, un faible bruit bronchique près du côté gauche de la colonne vertébrale, l'égophonie à deux pouces au-dessous de la clavicule; l'exploration du poumon droit en démontre l'état sain. Les battements du cœur sont perçus au côté droit, presqu'au milieu de l'espace compris entre le sternum et le mamelon; ils correspondent avec le pouls sous le rapport de la vitesse. La mensuration démontre que le côté gauche de la poitrine est plus développé de deux pouces que le côté droit. Fluctuation élastique entre la septième et la huitième côte. Les fausses côtes du côté gauche, repoussées en avant, s'avancent plus que celles du côté droit. Nous diagnostiquons un empyème du côté gauche de la poitrine; ce qui nous engage à faire l'opération de la paracentèse, à l'aide d'un bistouri, à l'endroit de l'élévation, entre la septième et la huitième côte. L'opération faite, sept chopines d'un pus verdâtre sortirent d'un seul jet et sans interruption; la toux et l'inspiration en augmentèrent la sortie; sous une inspiration profonde que le malade fit, on entendit un bruit semblable à la déchirure d'une pseudo-membrane. L'évacuation du pus cessée, l'égophonie n'existait plus; la percussion procurant un son moins mat à l'auscultation, permit d'entendre le bruit respiratoire faiblement, même à quelque distance de la colonne vertébrale; en même temps les battements du cœur étaient moins prononcés à droite et déjà plus rapprochés du sternum; en outre le malade pouvait supporter la position sur le côte gauche comme sur le côté droit. Après avoir placé un bourdonnet dans la plaie, nous la couvrîmes avec de la charpie et une compresse; le malade s'endormit,

sommeilla bien tranquillement, et se trouva mieux au réveil. On lui permit de la crème d'orge et de l'eau de Seltz coupée avec du lait chaud pour boisson. La nuit suivante, où le baromètre était très-haut, et le thermomètre de Réaumur marquait 15° au-dessous de zéro, le malade toussa beaucoup sans cracher; par conséquent le sommeil était souvent interrompu. En même temps, environ trois chopines de pus sortirent encore de la plaie. Le lendemain, il y eut une évacuation de quatre onces de pus; la respiration resta libre; il pouvait sans difficulté se placer sur les deux côtés; l'appétit était faible, la soif forte et l'excrétion des urines copieuse. La transpiration excessive avait cessé; les battements du cœur ne se présentaient pas encore à gauche. La nuit du 28 au 29 décembre se passa assez tranquillement; l'excrétion du pus avait diminué et devint rougeâtre; la toux et la soif disparurent; le pouls était dans un état normal.

Le lendemain, encore moins de pus sortit de la plaie; en même temps qu'il toussait, on sentit l'air sortir de la plaie. Le même état fut observé le 31 décembre.

Le 1er janvier 1836, le malade fut sans fièvre et de bonne humeur; aussi montra-t-il de l'appétit et prit un consommé. Peu de lymphe rougeâtre sortit de la plaie. L'état du malade s'améliora jusqu'au 8 janvier. Le sommeil devint tranquille et non interrompu, le pouls naturel, l'urine naturelle. Environ six chopines de lymphe sortirent de la plaie en vingt-quatre heures; les battements du cœur se sentirent encore à droite. Du 8 au 24 janvier, la convalescence fit des progrès; à peine une once de pus par jour sortit de la plaie; l'appétit devint plus fort, et toutes les fonctions présentèrent une marche régulière; le malade gagna de l'embonpoint et des forces. Le 24 janvier, la plaie ne rendait plus de pus; la succussion fit entendre la présence d'un fluide dans la poitrine; le malade éprouva de la dyspnée, une agitation fébrile et une grande disposition à tousser.

Cet état dure quatre jours. Le cinquième, presque deux chopines d'un fluide purulent s'évacuèrent par la plaie, après quoi le malade se sentit soulagé, et la succussion ne fit plus entendre la présence d'un fluide. Le 3 février, le malade se porta encore une fois comme avant la dernière exacerbation. Le 7 février, deux onces et demie de liquide s'évacuèrent; cependant le pouls resta normal, le sommeil bon, et chaque fonction régulière. Du 7 au 29 février, la convalescence fit des progrès. Ce jour-là, cet individu se refroidit et manqua à la diète; la nuit suivante il eut des frissons, ensuite une chaleur sèche; il perdit l'appétit et les forces, toussa davantage, et sentit des douleurs dans la poitrine, particulièrement derrière la septième côte du côté gauche. L'auscultation et la percussion démontrèrent une pleuro-pneumonie du côté gauche; la langue était chargée; pas d'appétit et point de selles; le pouls dur et accéléré. Le traitement antiphlogistique ramène un état satisfaisant, de sorte que le malade entra en convalescence le 15 mars. Le 19 de ce mois, le malade, en toussant, évacua deux morceaux de fausse membrane et trois chopines de liquide puriforme par la plaie. Le 20 mars, une chopine de lymphe rougeâtre en sortit. Depuis ce jour jusqu'au 18 avril, la convalescence fit des progrès rapides, quoique tous les jours environ une chopine de pus s'évacuât. Depuis le 18 avril, il devint incolore et diminua peu à peu jusqu'à quelques gouttes. En même temps, l'individu prit haleine sans difficulté, de sorte qu'il pouvait gravir les montagnes, monter l'escalier sans inconvénient et vaquer à ses affaires.

Son état resta tel jusqu'au 17 novembre, où il fut pris d'une fièvre gastrique, en même temps une plus grande partie de matière puriforme sortit de la plaie, qui n'était pas encore fermée. Dix jours après, il se développa un état inflammatoire du poumon et de la plèvre gauches, qui céda à un traitement antiphlogistique. En avril 1837, l'individu fut affecté de la grippe, qui augmenta encore une fois l'évacuation du pus par la plaie.

Le 5 juin 1837, Amand May se trouvait dans l'état suivant : l'épaule gauche plus basse que la droite; les côtes et le scapulum descendus ; la moitié gauche du thorax aplatie ; le mamelon gauche un pouce et demi plus bas que le droit ; les battements du cœur plus rapprochés de leur siége naturel, pendant l'inspiration ; le côté droit de la poitrine s'élargissait beaucoup, et le côté gauche presque pas ; le bruit respiratoire n'était pas aussi prononcé à gauche qu'à droite ; la mensuration faisait voir une différence d'un pouce et demi entre les deux côtés; le pouls était normal, et l'état de santé, en général, satisfaisant. Cet homme prit le petit-lait pendant quatre semaines, à Beuron, et l'amélioration fit des progrès. Quoique la plaie existe toujours, il se porte bien et vaque à ses affaires.

La maladie datait au moins de sept semaines ; la constitution était détériorée, l'appareil pulmonaire très-irritable et prédisposé aux phlegmasies ; cependant le soulagement fut complet, et la vie prolongée, si ce n'est définitivement conservée. Si l'on fait attention à la marche des accidents, on verra qu'ils furent déterminés par l'accumulation du pus dans le foyer pleurétique, ce qui eût été évité par l'emploi permanent d'une canule. Nous appellerons encore l'attention sur l'issue par la plaie, au onzième jour de l'opération, de six chopines de lymphe en vingt-quatre heures : c'était là une cause de rapide affaiblissement, que l'on eût peut-être prévenue, en faisant des injections à demeure dans la poitrine. On se demande toutefois si la présence du liquide des injections jouant nécessairement le rôle de corps étranger n'entraînerait pas les mêmes accidents que celle du pus. C'est une question que nous discuterons plus tard. Nous avons également dit qu'un lambeau de fausse membrane avait été expulsé ; ce qui aurait dû être considéré comme signe très-fâcheux, d'après les opinions de Delpech sur les avantages de l'intégrité du sac pseudo-pleural ; on ne voit pas cependant que cette circonstance ait été liée à aucun signe de réaction phlegmasique.

OBSERVATION XI.

Pleurésie, épanchement purulent. Deux ponctions de la poitrine. Insuffisance de ces

ponctions. Incision. Amélioration marquée. Escarres aux ischions et sur le coccyx. Mort. (Cruveilhier. *Bull. de l'Acad. royale de médecine*, T. I, 15 mars 1837.)

Fille de trente-sept ans. Pleurésie ; épanchement purulent. La malade reste assise sur son lit, le front appuyé sur des oreillers que l'on dresse devant elle. Suffocation imminente ; face bouffie; infiltration générale : on craint de voir la malade mourir asphyxiée au moindre mouvement. Une ponction est faite par M. Cruveilhier dans le septième espace intercostal. Un demi-litre de pus s'écoule par l'ouverture, puis l'écoulement s'arrête brusquement : une sonde que l'on introduit ne peut le rétablir complétement. Néanmoins, soulagement marqué pendant quelques jours, après quoi la dyspnée se rétablit peu à peu. Quelques jours après, la malade étant de nouveau menacée de suffocation, une nouvelle ponction est faite dans le huitième espace intercostal, et donne issue à une demi-livre de pus; l'introduction d'un stylet en fait sortir une égale quantité. Une canule laissée à demeure pendant vingt-quatre heures, et une corde à boyau introduite dans la plaie n'ayant pas eu de résultat, on se décide à ouvrir largement la poitrine avec le bistouri, et le liquide épanché coule immédiatement à flots. Dès ce moment l'état de la malade est amélioré ; elle peut rester couchée sur le dos et dort d'un profond sommeil. Elle éprouve un sentiment de bonheur ; sa figure exprime la joie.

Malheureusement trois escarres avaient pu se former sur la région sacro-sciatique, et amenèrent la mort, tandis que tout allait bien du côté de l'empyème. Bien évidemment, dit M. Cruveilhier, la malade a succombé par suite des escarres gangréneuses, et ce cas ne saurait être rangé parmi ceux d'insuccès de l'opération de l'empyème.

Voici ce qui a été trouvé à l'autopsie : l'épanchement purulent n'occupait pas la totalité du thorax : il était limité en bas par le diaphragme, en haut par la base du poumon, en dehors par les parois costales, et s'étendait en arrière entre le bord postérieur du poumon et la gouttière thoracique jusqu'à la réunion des deux tiers inférieurs avec le tiers supérieur du poumon. Le poumon adhérait partout ailleurs par des liens celluleux. Un petit foyer purulent, isolé, existait entre la plèvre médistine et la plèvre pulmonaire correspondante; le grand foyer purulent était enkysté, une pseudo-membrane épaisse, rouge, le limitait dans tous les sens.

On peut assurer que la guérison eût été obtenue, comme l'a pensé M. Cruveilhier, si on eût opéré la malade à une époque moins avancée de son affection, prévenu la formation des escarres, et donné une issue plus libre à l'épanchement purulent. Deux ponctions, faites à un intervalle de près de huit jours, pouvaient amener un soulagement momentané, mais non pas empêcher l'accumulation consécutive du liquide, qui eut lieu malgré l'introduction dans la poitrine d'un stylet, d'une corde à boyau, et même d'une sonde proportionnée au diamètre de la plaie déjà rétrécie, d'un trois-quarts. Aussitôt qu'une incision plus étendue eût été pratiquée, tous les accidents cessèrent. Malheureusement il était trop tard, et l'au-

topsie démontra les chances favorables que présentait la maladie puisque le foyer de l'épanchement était enkysté et circonscrit dans d'assez étroites limites.

OBSERVATION XII.

Épanchement de pus, suite de pleurésie. Empyème de nécessité. Retour des accidents. Extraction d'une portion de côte cariée; guérison. (Recueil d'obs. de méd. chir. et pharm., 1757, *p.* 287.)

Le nommé Debonnaire, dit La Feuillade, âgé de 28 ans, entra à l'hôpital militaire de Thionville le 5 juillet 1756, attaqué d'une pleurésie. Quelques jours après, et malgré tous les remèdes, le malade cracha du pus mêlé à un peu de sang, et il lui était impossible de se coucher sur le côté opposé. Tumeur emphysémateuse avec fluctuation sensible sous la mamelle droite. Anciennes cicatrices à la partie moyenne du sternum, attribuées par le malade à une opération d'empyème de nécessité faite en 1751, avec une ouverture spontanée des cicatrices l'année suivante.

La tumeur incisée, il en sort de l'air et du pus. On extrait, le 10 août, une portion de côte longue de six centimètres; des injections détersives et vulnéraires sont faites; la plaie était fermée le 30 octobre, et tous les signes de la pleurésie avaient disparu.

On pourrait sans doute attribuer l'empyème à une affection primitive des côtes ; mais comme il est parfaitement prouvé que ces os peuvent être attaqués par la présence d'un épanchement qui tend à traverser les parois thoraciques, et que le pus dans les crachats, et la sortie de l'air par la plaie, semblent établir que le poumon était fistuleux, nous considérons ce fait comme analogue au précédent, et nous signalerons en passant l'heureux emploi des injections.

OBSERVATION XIII.

Pleurésie. Épanchement de pus dans la plèvre gauche. Opération de l'empyème au lieu de nécessité. 'Issue médiate de la totalité de la matière épanchée. Injection. Canule à demeure. Guérison. J. Carboué. *Journ. de Desault*, T. II, p. 137.)

La nommée Costes, âgée de dix ans, demeurant rue des Fossés Saint-Germain l'Auxerrois, fut attaquée, le 18 janvier 1782, d'une douleur lancinante au côté gauche de la poitrine, avec une toux sèche, un violent mal de tête, une extrême difficulté de respirer et une fièvre très-vive. Je la saignai trois fois du bras dans l'espace de douze heures, et mis en usage tous les délayants et les antiphlogistiques connus. La douleur persistant malgré ces moyens, je me déterminai à appliquer sur le côté affecté un emplâtre vésicatoire, à l'aide duquel je parvins à dissiper la douleur, ainsi que l'oppression. Quelques jours après, la maladie parut terminée. Je fis prendre alors plusieurs minoratifs à la malade, qui me semblait entrer en convalescence, et je m'applaudissais de leur effet, lorsque tout à coup, dans la nuit du dix-septième au dix-huitième jour de la maladie, tous les symptômes reparurent beaucoup plus violents qu'auparavant. Le médecin qui avait suivi cette enfant dans les premiers temps de la maladie fut rappelé avec moi. Nous la trouvâmes dans un état presque désespéré; elle avait une fièvre très-vive, un pouls petit et fréquent, une toux sèche et continue, le visage rouge et enflammé, la respiration on ne peut plus laborieuse, et une douleur de côté si poignante, qu'elle ne pouvait garder d'autre situation que celle d'être assise sur son lit, le corps fléchi en devant et de côté, la tête appuyée sur les deux mains, et celles-ci sur les genoux; situation qu'elle conserva onze jours, pendant lesquels il survint des frissons irréguliers, de fréquentes suffocations, et un œdème qui occupait principalement la partie latérale gauche de la poitrine, et s'étendait jusque sur le bras.

A cette époque, la malade avait les yeux enfoncés, les pommettes rouges et brûlantes; une sueur abondante couvrait la paume de ses mains; le côté affecté de la poitrine paraissait déjà avoir subi une ampliation considérable.

La réunion de ces symptômes et de ceux qui les avaient précédés, me fit aisément juger qu'il devait y avoir une collection de pus dans la cavité de la poitrine, et qu'il fallait lui donner une prompte issue. J'en fis la proposition; mais mon avis ne prévalut pas, et l'on déféra à celui du médecin, qui prétendait que la maladie était une vraie hépatite, qui devait se terminer par une suppuration prochaine, hépatite produite par la métastase d'une humeur psorique, qui, depuis la naissance de l'enfant, couvrait son corps tous les étés. Il appuyait d'ailleurs son assertion sur l'analogie très-grande qu'ont les maladies du

foie avec celles de la peau, et sur la couleur grisâtre des matières fécales. Quelque futile que fût son raisonnement, et quelque solide que fût celui que je lui opposais, on ne laissa pas d'adopter ses vues curatives.

En conséquence, on essaya de faire prendre à l'enfaut, d'après les conseils du médecin, des demi-bains, qu'elle ne put supporter. On lui fit des fomentations émollientes sur la région hypocondriaque droite; on lui donna des lavements, et, de deux jours l'un, de légers purgatifs. Ces moyens, loin de la soulager, ne firent qu'aggraver son état, qui alla de mal en pis jusqu'au 25 février, que je fus prié de la revoir.

J'examinai de nouveau le côté de la poitrine affecté, et je remarquai, outre l'œdème dont j'ai parlé plus haut et l'ampliation, qui me parut énorme, une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, située au-dessous du sein, entre la sixième et la septième des vraies côtes, à deux travers de doigt des cartilages; cette tumeur obéissait aux mouvements de la respiration, et l'on y sentait une fluctuation distincte.

Je n'avais jamais hésité dans le diagnostic; j'insistai de nouveau sur la nécessité de l'opération de l'empyème, et déclarai formellement aux parents qu'un plus long délai serait extrêmement funeste à leur enfant. Je fus plus heureux cette fois que la première; car non-seulement ils me confièrent le soin de la malade, mais même ils rejetèrent une consultation que je leur avais proposée dans le but de dissiper leur incertitude.

Après avoir préparé l'appareil convenable, je plaçai la malade sur son lit, je la fis tenir par des aides, et après avoir fixé et tendu la peau entre le pouce et le doigt indicateur de la main gauche, je l'incisai en suivant la direction des côtes et dans le milieu de leur intervalle. La peau fut à peine entamée que le pus jaillit avec beaucoup de force. Je portai le doigt dans l'intérieur de la plaie, où je trouvai une petite ouverture faite aux muscles intercostaux par l'action du pus, et dont l'étroitesse ne me permit pas de pénétrer dans la cavité de la poitrine. J'agrandis cette ouverture avec le bistouri, observant de le guider avec le doigt et de couper les muscles au milieu de l'intervalle des côtes, afin d'éviter les artères intercostales. Les muscles ainsi divisés, j'introduisis dans la poitrine le doigt, à l'aide duquel je reconnus la carie d'une portion des trois côtes correspondantes à la tumeur, la dénudation de plusieurs autres, l'érosion de la plèvre par l'action du pus, et l'état du poumon qui nageait dans ce fluide. Je retirai plus de deux pintes d'un pus liquide, sanieux et d'une couleur jaunâtre, qui sortit avec beaucoup de sifflement. Je retirai tout le pus à la fois, encouragé par le soulagement que la malade éprouvait à mesure que la poitrine s'évacuait, sans m'embarrasser des préceptes contraires donnés par quelques auteurs. En effet, loin d'éprouver aucune faiblesse, l'enfant n'en acquérait que plus de forces. J'introduisis ensuite une bandelette de linge effilé dans la cavité de la poitrine, et j'en couvris l'ouverture avec un morceau de linge fin, sur lequel je plaçai une quantité suffisante de charpie; enfin, je soutins le tout par des compresses carrées et un bandage de corps. Je fis coucher l'enfant sur le côté malade, pour procurer au pus une issue continuelle; mais ne voulant pas rester dans cette position gênante, elle se mit sur le dos jusqu'à ce qu'il se fût amassé dans la poitrine assez de fluide pour gêner la respiration. Quelque temps après l'opération, je lui fis donner un bouillon et une cuillerée de vin. On continua d'ailleurs la tisane pectorale, dont elle avait fait usage dans le courant de sa maladie.

A ma visite du soir, la malade respirait avec facilité; son pouls était très-bon, la toux peu fréquente. Je ne crus pas devoir renouveler le pansement; je prescrivis seulement une cuillerée à café d'oximel simple dans chaque verre de tisane, et une potion pectorale, dans laquelle entrait l'oximel scillitique. Toute la nuit suivante, l'enfant dormit par inter-

valles; mais, sur les quatre heures du matin, elle devint oppressée. La toux était alors sèche et fréquente.

Comme la situation sur le dos était devenue insupportable, l'enfant reprit la position qu'elle avait avant l'opération. A huit heures du matin, je la pansai, et retirai au moins une demi-livre de pus. Je fis des injections avec la décoction d'orge non mondé et le miel rosat, animée d'un peu d'eau vulnéraire spiritueuse, dont j'augmentai la dose par gradation, observant d'en laisser une certaine quantité dans la poitrine à chaque pansement, que je faisais deux fois par jour. Le pus était toujours abondant, et ne changea de nature qu'au bout de deux mois, après que la face interne de plusieurs côtes fut exfoliée et la portion affectée des trois autres entièrement séparée. Mais la fièvre lente continua, le dévoiement et l'abondance de la suppuration jetèrent bientôt la malade dans un tel degré de marasme, que son corps ressemblait à un squelette mouvant, recouvert d'une peau livide et terreuse. Je combattis le dévoiement par une tisane de riz et de grande consoude, aidée de quelques prises de diascordium. Lorsque le dévoiement s'arrêtait, je prescrivais, soit en boisson, soit en lavements, une décoction de quinquina, pour combattre la fièvre; remèdes que je variais selon le retour du dévoiement. Ce concours de moyens fut couronné du plus heureux succès. M. Cabanis, membre du collége de chirurgie, appelé en consultation, ne changea rien au traitement, mais il conseilla de donner un peu de nourriture à la malade, pour qu'elle pût réparer les pertes considérables qu'elle faisait journellement, tant par l'abondauce de la suppuration que par la longueur de la maladie. Incessamment, l'enfant acquit un peu plus de forces, quoique le pus fût aussi abondant. A cette époque, il changea de qualité; il devint blanc et plus lié.

La plaie tendait à se cicatriser, malgré le soin que j'avais d'y introduire un morceau d'éponge préparée. Voyant que la suppuration ne diminuait pas, et ne pouvant obtenir de l'enfant qu'elle gardât la position qui eût pu favoriser l'issue du pus, j'imaginai de faire une contre-ouverture à la partie la plus déclive de la poitrine. Mais les parents ne voulurent jamais y consentir. Enfin, deux mois après, comme la quantité de la suppuration était toujours la même, et que je ne voyais d'autre moyen d'amener une prompte guérison, je leur proposai de nouveau cette seconde opération. Incertains, ils firent appeler une seconde fois M. Cabanis, qui confirma mon avis. Avant d'y procéder, nous cherchâmes à nous assurer de l'état des parties. Dans cette vue, nous introduisîmes la sonde, qui nous fit reconnaître, vers la partie postérieure, des adhérences qui nous empêchèrent de pratiquer l'opération, dont nous voulions constater la possibilité, et un trajet fistuleux qui remontait jusque vers la face interne et postérieure de la première vraie côte. Nous abandonnâmes donc le projet d'une contre-ouverture, et nous convînmes d'entretenir la plaie ouverte, au moyen de l'éponge préparée, de substituer aux injections d'eau d'orge miellée une décoction de plantes détersives, avec l'eau vulnéraire, et de panser la malade toutes les trois heures, jour et nuit. Ces remèdes, quoique j'en eusse gradué l'activité, occasionnèrent, tant intérieurement qu'extérieurement, une inflammation qui m'en fit suspendre l'usage. Pour combattre ces accidents, j'injectai dans la poitrine une décoction de racines de guimauve; j'appliquai à l'extérieur des cataplasmes faits avec cette décoction et parties égales de mie de pain et de farine de graine de lin. Dès que l'inflammation fut dissipée, je repris l'usage de la décoction d'orge. Ce traitement ne diminua ni la suppuration, ni la tendance de la plaie à se cicatriser. Pour tenir cette dernière ouverte, je proposai à M. Cabanis de tenir à demeure, dans ce trajet fistuleux, une canule d'argent, que je fixerais, au moyen de deux rubans, autour du corps de la malade, et à l'aide de laquelle je pourrais aisément continuer les injections. Dès ce moment,

le pus diminua de jour en jour, l'enfant reprit assez de forces pour pouvoir aller un peu se promener, et, au bout de trois semaines, la suppuration se tarit si parfaitement, que je crus pouvoir supprimer la canule. Dès lors, je pansai la plaie avec un emplâtre de diapalme, me contentant d'y porter de temps en temps quelques légères injections. Depuis quelques jours, la malade était aux légumes et aux fruits rouges pour toute nourriture; je lui conservai le même régime.

Huit jours après la suppression de la canule, l'oppression, la toux sèche et fréquente, et les autres symptômes reparurent; la cicatrice se divisa et laissa sortir une assez grande quantité de pus jaune, alcalescent et d'une odeur si suffocante, que je fus obligé de faire déshabiller la malade et de la changer de chambre pour pouvoir la panser.

J'injectai la plaie comme à l'ordinaire avec une décoction de quinquina, à laquelle j'ajoutai un cinquième d'eau-de-vie camphrée. Je lui fis prendre intérieurement la décoction seule de quinquina, continuer le même régime de vie, et augmenter la quantité de fruits rouges, tantôt cuits, tantôt crus. Je fis aussi mettre beaucoup de plantes chicoracées dans le bouillon gras. En très-peu de temps le pus changea de nature, et devint plus consistant; la quantité diminua de jour en jour, et enfin la plaie se referma totalement un mois après la rupture de la cicatrice.

Cette maladie a duré près de huit mois. Il est resté à l'endroit de la cicatrice un enfoncement produit par la destruction d'environ trois travers de doigt de la sixième vraie côte, d'une partie de la cinquième et de la septième. La maladie terminée, je mis la malade à l'usage du lait d'ânesse pendant six semaines. En peu de temps elle a acquis de l'embonpoint, et a joui jusqu'à ce jour de la meilleure santé. Cette douloureuse maladie l'a délivrée de l'humeur à laquelle elle était sujette depuis sa naissance.

Plusieurs circonstances capitales nous ont frappé dans cette observation :

L'évacuation immédiate de la totalité du liquide épanché, et le soulagement prompt et complet qui en fut la suite.

L'avantage des pansements répétés pour empêcher la stagnation et l'accumulation du pus.

Les bons effets obtenus des injections modifiées dans leur composition, selon l'état du foyer pleural.

Enfin, l'incontestable utilité de la canule à demeure.

Adoptée seulement après de longs tâtonnements, après un projet de contre-ouverture à la partie inférieure de la poitrine, et l'emploi de nombreux moyens propres à arrêter la suppuration, la canule fit cesser promptement la sécrétion purulente, et l'on se crut autorisé à fermer la plaie. C'était trop tôt, les accidents reparurent, mais la cicatrice, s'étant spontanément rompue, la guérison ne fut que peu retardée.

OBSERVATION XIV.

Épanchement de pus dans la plèvre droite. Abcès sous-pectoral. Petite saillie entre les fausses côtes. Expectoration subite d'une grande quantité de pus. Mort imminente. Opération de l'empyème, entre la quatrième et la troisième fausses côtes. Issue d'une grande quantité de pus. Guérison complète. (Baudot, *Recueil d'ob. de méd. chir. et pharm.*, 7 *sept.* 1790, *p.* 385.)

Jeune maçon limousin, de 18 ans, entré le cinquième jour d'une pleurésie droite, à l'hôpital de Charolles, en Bourgogne. Abcès sous-pectoral droit, considéré comme critique. Le treizième jour de son entrée à l'hôpital, le malade rend par la bouche une grande quantité de pus. Deux jours après, pouls faible et misérable, sons de la voix mal articulés, respiration entrecoupée, extrémites froides; le pus formait une petite saillie entre les fausses côtes. Opération de l'empyème; flots de pus. L'abcès sous-claviculaire se cicatrise promptement, mais la plaie reste deux mois fistuleuse; le malade rend encore souvent du pus par la bouche. Marasme. Guérison complète le cinquième mois.

Il nous paraît de toute évidence que le poumon était fistuleux et traversé par le pus de l'épanchement. La complication était grave, et cependant le malade a guéri par l'opération; car, sans elle, il eût très-certainement succombé. Nous remarquerons combien il est fréquent de rencontrer l'épanchement annoncé par le soulèvement œdémateux ou fluctuant de la paroi thoracique; il est fâcheux de n'avoir pas su dans quel état était la plèvre au point correspondant à la tumeur intrà-costale, et si elle n'avait pas été perforée. Nous ne ferons que mentionner pour mémoire une observation que nous avons sous les yeux, et qui offre beaucoup d'analogie avec celle de Baudot; elle a été publiée par M. Castryck, chirurgien aide-major à Thionville, et n'offre pas assez d'intérêt pour être rapportée ici.

OBSERVATION XV.

Pleurésie chronique gauche datant de plusieurs années. Empâtement manifeste à la base de la poitrine, puis tumeur fluctuante ouverte par la pierre à cautère. Flux abondant de pus avec dégagement d'air. Guérison avec fistule. Mort accidentelle. Autopsie. (LEFAUCHEUX, *Journ. gén. de méd.*, T. XXI, p. 49.)

A la fin de thermidor, an v, le nommé Marmont est atteint de douleurs de poitrine et de toux pénible. En floréal an vi, la toux se montre plus fréquente, sans expectoration et avec menaces de suffocation. Dès lors, un poids se fait sentir sur la poitrine. Ces accidents se continuent avec plus ou moins d'intensité pendant plusieurs années. En nivôse de l'an xi, la cavité gauche de la poitrine se montre évasée; il y a refoulement des côtes en devant et empâtement manifeste à la partie postérieure et inférieure; les battements du cœur se font sentir du côté droit. Le malade ne peut se coucher que sur le côté gauche. En deux mois, la tumeur acquiert le volume d'un œuf, et, en thermidor, elle a celui de la tête d'un enfant, avec amincissement des téguments. Lorsque le malade se couche sur la tumeur, elle perd la moitié de son volume, et il a le sentiment de la rentrée d'un liquide dans sa poitrine.

Ce n'est que le 28 fructidor que la tumeur est ouverte au moyen de la pierre à cautère. Pendant deux jours, il y a écoulement abondant de pus avec dégagement d'air. Le troisième jour, cet écoulement est suspendu. Une sonde de femme est introduite par la plaie, et, parvenue à trois pouces de profondeur, elle donne issue à deux livres d'un pus épais, plus jaune et plus fétide que les jours précédents. Dès lors, le malade va de mieux en mieux ; chaque pansement amène seulement une cuillerée de pus.

Au 23 vendémiaire de l'an xii, Marmont se trouve assez bien pour reprendre ses fonctions de commis à la préfecture; mais à la suite d'un coït immodéré, il est pris de tétanos, et succombe.

La poitrine ouverte offre du côté gauche un kyste qui n'a d'autre ouverture que celle de l'intervalle des seconde et troisième fausses côtes. On n'aperçoit aucun vestige du poumon gauche. La partie inférieure du kyste contient quatre cuillerées de pus consistant et grisâtre. Un mucus purulent très-épais recouvre toute la face interne de ce kyste, qui offre deux lignes d'épaisseur. Il adhère, par sa partie latérale externe et sa partie postérieure, aux muscles intercostaux, aux côtes, à la face antérieure et gauche du corps des vertèbres; par sa partie interne, au médiastin et à toute la face externe gauche du péricarde; par sa partie inférieure, à la face supérieure de la moitié gauche du diaphragme.

Cette remarquable observation nous prouve que la perforation

de la plèvre et la production d'une tumeur sous-tégumentaire formée par le pus sorti de la poitrine, peuvent accompagner les épanchements purulents de toute la cavité d'une des plèvres, et la longueur de la maladie nous en donne l'explication. La prétendue disparition du poumon se comprendra très-bien aujourd'hui que l'anatomie pathologique a montré cet organe réduit au plus petit volume, et comme caché par la plèvre sur les côtés de la colonne vertébrale. Malgré le vide dépendant de l'issue du liquide épanché, cet organe n'avait pu, chez Marmont, se dilater et reprendre ses fonctions, se trouvant trop fortement retenu et comprimé par un kyste pleural de deux lignes d'épaisseur.

Cependant, la guérison était assez avancée pour que le malade se livrât aux occupations de son état et offrît une apparence satisfaisante de santé.

On pourrait se demander pour quelle raison le pus avait cessé de couler le troisième jour de l'opération, et comment une sonde introduite de trois pouces dans la poitrine en avait amené deux livres au dehors. Cette circonstance résultait probablement du gonflement des bords de la plaie, et de l'accumulation de quelques fausses membranes ou de quelques grumeaux à son orifice interne. La même difficulté se reproduisait pour l'écoulement du pus à chaque pansement, et il fallait recourir à la sonde; ce qui nous apprend tous les avantages de l'emploi d'une canule à demeure. Des injections, sans doute, auraient été utiles; toutefois, sans l'invasion brusque et imprévue du tétanos, le malade eût probablement obtenu une complète guérison.

OBSERVATION XVI.

Collection purulente dans le côté droit de la poitrine. Son mat, absence du bruit respiratoire, égophonie immédiatement au-dessous du mamelon. Évacuation d'une chopine de pus par la bouche. Guérison. (HEYFELDER, *loco citat.*)

Constantin Boos, âgé de sept ans, avait eu, en 1836, une pleurésie du côté droit,

qui céda à un traitement antiphlogistique. Au mois de mars 1837, l'enfant eut la même maladie, qui, combattue par les antiphlogistiques, devint chronique, et pendant un accès de toux, l'enfant évacua du pus mêlé avec du sang. Après cela, l'enfant entra en convalescence; mais bientôt après, un refroidissement reproduisit les mêmes symptômes : position accroupie sur le côté droit, et impossibilité absolue d'en changer, amaigrissement, sueurs abondantes dans la nuit, appétit nul, toux fréquente, sèche, et de temps à autre humide; respiration brève et entrecoupée; urines peu abondantes. La moitié droite du thorax était plus développée que celle du côté gauche; la percussion donnait un son mat à droite et un son clair à gauche; point de bruit respiratoire à droite; égophonie immédiatement au-dessous du mamelon droit. La nuit suivante, l'enfant fut pris d'un fort accès de toux et évacua environ une chopine de pus mêlé à du sang, après quoi il pouvait adopter chaque position et respirer librement. Le lendemain, l'égophonie n'existait plus, la percussion donnait encore un son un peu mat, le bruit de la respiration n'était pas encore aussi clair à droite qu'à gauche. L'enfant garda encore le lit pendant quelques semaines; il observa une diète sévère et entra ensuite en convalescence.

Comme nous aurons à nous occuper des cas où des collections purulentes, soit épanchées dans la plèvre, soit enkystées, se sont fait jour par les bronches et ont amené la guérison, nous avons voulu en citer un exemple, et celui-ci nous paraît incontestable, en raison de la quantité du liquide évacué et des signes séméiologiques. Hippocrate n'ignorait pas cette terminaison, et il portait un pronostic favorable sur les pleurétiques qui rendaient du pus par la bouche. Quelquefois, cependant, le liquide peut être assez abondant pour amener la mort par suffocation, comme M. Cruvelhier en a cité un exemple, lorsque le liquide se fraye tout à coup une large voie dans quelques grosses ramifications bronchiques; en tout cas, l'expectoration de la matière épanchée est trop rare pour empêcher de recourir à l'opération.

OBSERVATION XVII.

Épanchement pleurétique gauche, suite de rougeole; opération de l'empyème au lieu

d'élection entre les sixième et septième côtes. Mèche placée dans la plaie. Guérison en deux mois. (HEYFELDER, loc. cit.)

Alfred de Settele, garçon de 7 ans, fort et jusque-là bien portant, dont le père était poitrinaire, venait d'avoir la rougeole et la coqueluche. Deux mois après la derniere maladie, il tomba malade avec frissons, vomissements et douleurs dans l'abdomen; ensuite, il ressentit une douleur sèche, son pouls s'accéléra, et le lendemain il se plaignit de douleurs dans la tête, dans l'abdomen et dans les membres; sa langue était sèche, les alentours du nombril étaient douloureux; il y avait constipation; l'excrétion des urines était rare et brûlante, la soif forte, le pouls dur et fréquent. (Traitement : douze sangsues *ad locum dolentem*; intérieurement le calomel.) Quatre jours après, l'enfant se plaignit de douleurs dans le côté gauche de la poitrine, et il toussait. On répéta les sangsues et on administra le nitre dans une décoction de guimauve, ce qui procura un soulagement notable; mais le pouls resta fébrile. L'enfant continua de se plaindre de point de côté et de tiraillements dans les membres, et la toux sèche continua. Le lendemain (29 avril 1836), le malade ne sentit plus de point de côté ni de tiraillements dans les membres, mais une douleur sourde dans la vessie et dans le côté gauche de la poitrine, lorsqu'il respirait profondément; en même temps, il ne pouvait émettre les urines qu'avec douleur et goutte à goutte. On lui appliqua des sangsues au périnée et au-dessus du pubis, et on lui donna intérieurement le calomel, le nitre et l'eau d'amandes amères. L'enfant se trouva soulagé dans les premières vingt-quatre heures; il émit l'urine sans difficulté; mais l'inspiration lui causa un peu de douleur dans le côté gauche de la poitrine et une petite toux sèche; c'est pour cette raison qu'on lui appliqua encore une fois des sangsues sur la poitrine; après quoi il se porta mieux, et demanda même à manger, ce qu'il n'avait pas fait jusqu'ici. L'état resta le même jusqu'au 9 mai, où l'enfant, loin de prendre indifféremment chaque position, se couchait moitié sur le dos, moitié sur le côté gauche, la tête penchée vers l'épaule gauche. Chaque fois qu'il essayait de sortir de cette position, il était pris d'une difficulté de respirer et d'une forte toux sèche; cependant quelquefois il crachait des mucosités aqueuses et mousseuses, après avoir toussé longtemps; la respiration était brève, les battements du cœur étaient fréquents et forts, de sorte que le thorax entier en était ébranlé. Peu à peu, les battements du cœur devinrent insensibles au côté gauche de la poitrine, et ils augmentèrent à droite; en même temps, il parut un œdème léger sur la main gauche et sur la partie gauche de la poitrine. L'enfant maigrissait, avait des sueurs nocturnes, perdait l'appétit, toussait sec et plus fréquemment, et respirait avec difficulté. Le traitement avait été jusqu'ici antiphlogistique; à présent, l'enfant ne prenait que de l'eau de Seltz coupée avec du lait de chèvre.

Appelé en consultation près du malade, à la mi-juin, je le trouvai dans l'état suivant : les battements du cœur ne se sentaient qu'à droite; le côté gauche de la poitrine était plus développé que le côté droit, ce qui fut constaté par la mensuration; la percussion donnait un son mat à gauche et un son clair à droite; l'auscultation faisait entendre à droite le bruit de la respiration, qui n'existait pas à gauche. Nous diagnostiquâmes un empyème dans le côté gauche de la poitrine, et nous jugeâmes la paracentèse nécessaire.

Le 2 juillet, après un examen très-détaillé des deux côtés de la poitrine, l'opération fut faite avec un bistouri, entre la sixième et la septième côte, au milieu, entre la colonne vertébrale et le sternum : environ deux chopines d'un fluide épais, blanc, inodore et tenace, en sortirent d'un seul jet. Pendant l'écoulement, la respiration devint plus libre, et en même temps son bruit redevint distinct; la percussion donna un son moins mat, et les bat-

tements du cœur disparurent à droite et revinrent à gauche. Après l'évacuation de ce fluide, le malade pouvait supporter la position sur le côté gauche et sur le côté droit. Une mèche de charpie fut placée dans la plaie, d'où sortit encore du pus jusqu'au 8 juillet. Depuis ce temps, la plaie se ferma, et l'enfant entra en convalescence.

Nous avons trouvé dans cette observation un signe de l'épanchement de poitrine signalé par les auteurs, et qui a été généralement négligé. Nous voulons parler de l'œdème de la main, du côté de l'affection. Valentin avait constaté le même phénomène, à la suite de la stagnation du pus.

On remarquera également qu'ici l'empyème a été directement diagnostiqué par la percussion, l'auscultation et la considération des signes rationnels. De plus, l'épanchement siégeait à gauche. Cependant, malgré plusieurs maladies antérieures et l'affaiblissement constitutionnel, le jeune enfant a guéri dans un temps assez court.

OBSERVATION XVIII.

Épanchement purulent dans la plèvre gauche, suite de répercussion dartreuse. Opération de l'empyème entre les sixième et septième côtes. Plaie maintenue ouverte. Guérison le deuxième mois. (HEYFELDER, loc. cit.)

Frédéric Lauchert, âgé de six ans, fort et bien portant, né de parents sains, eut, au mois de décembre 1833, une éruption humide à la face, principalement à l'oreille et à la région auriculaire; elle céda à l'emploi des diurétiques. Vers la fin de janvier 1834, inflammation de la glande parotide, qui se dissipa au bout de quinze jours, par un traitement antiphlogistique. Le 27 février, se déclarent, après un refroidissement, tous les signes d'une phlegmasie intestinale, qui atteint bientôt un très-haut degré d'intensité. Traitement antiphlogistique et moyens dérivatifs.

Au bout de cinq jours, et après deux exacerbations, la fièvre et les signes de l'inflammation intestinale disparaissent; mais des symptômes du côté de la poitrine, qui s'étaient déjà montrés dans le principe de l'affection intestinale, deviennent plus marqués; toux plus fréquente et plus forte, persistant nuit et jour; chute des forces, amaigrissement, douleur à l'épaule gauche; de nouveau, pouls fréquent et tendu, soif, inappétence, fièvre continue, avec exacerbations irrégulières. Peu à peu, le malade recherche de préférence le décubitus sur le côté gauche: au mois de mars, il ne peut plus se coucher que sur ce côté; toute

autre position, même la position assise, augmente la toux et la dyspnée. On remarque que les battements du cœur sont très-sensibles du côté droit; la respiration, devenue courte, accélérée, inquiète, s'accompagne d'un râle muqueux; nuits sans sommeil, sueurs qui épuisent le malade; urines rares, claires, d'un rouge vif.

Appelé en consultation près du malade, le 8 avril, je le trouvai dans l'état suivant position accroupie sur le côté gauche; la paroi thoracique droite bombée vers le haut; émaciation extrême; sueurs profuses; pouls petit, inégal, accéléré; grande faiblesse; perte de l'appétit; langue et gencives rouges; chaudes, humides; expression de douleur, d'anxiété, et teinte de cyanose à la face; yeux enfoncés; doigts maigres, effilés, avec courbure des ongles; soif fatigante; décubitus forcé sur le côté gauche; toux; respiration courte, fréquente, anxieuse; les muscles thoraciques paraissent frappés d'inertie; insomnie, ou, à la moindre tendance à dormir, réveil en sursaut; élévation et déviation à droite du sternum; courbure de la colonne vertébrale; différence notable des deux côtés du thorax, constatée par la mensuration; dilatation plus forte du côté gauche, surtout au-dessous des fausses côtes; déviation à du cœur, dont les battements fréquents et quelque peu irréguliers ne sont presque plus perçus à la région précordiale gauche; son mat du côté gauche de la poitrine, et absence de tout bruit respiratoire; égophonie sous la troisième côte; du côté droit, la percussion et l'auscultation ne démontrent rien d'anormal; pulsations du cœur, par moments irrégulières, et non isochrones, avec les battements parfois intermittents du pouls. Donc plus de doute sur la présence d'un liquide dans la cavité thoracique gauche. Quarante-huit heures après ce premier examen, on aperçut même une tuméfaction considérable entre les troisième et quatrième côtes, et une plus forte encore entre les sixième et septième. La paracentèse est faite en cet endroit avec un bistouri; il s'échappe de la plaie, par un jet abondant et continu, une quantité énorme de pus (six chopines), et le malade en éprouve aussitôt un soulagement marqué; il demande à manger, et après avoir satisfait ce désir, il se livre pendant quatre heures à un sommeil véritablement réparateur, car, à son réveil, il éprouve un sentiment de bien-être; la toux a disparu, et la respiration est plus libre; il est à remarquer aussi que, pour la première fois, l'urine se sécrète en plus grande abondance, et que sa couleur est plus naturelle. Comme le pus continue à suinter, on n'interpose point d'éponge préparée entre les lèvres de la plaie. (Eau de Seltz coupée avec du lait, bouillon mucilagineux, infusion de digitale avec de l'eau d'amandes amères.) La nuit après l'opération fut bonne; sommeil jusqu'au matin, un seul accès de toux. Le lendemain, j'examinai la poitrine du malade avec le stéthoscope: plus d'égophonie, mais point de bruit de respiration; battements du cœur plus réguliers, moins sensibles dans la région précordiale droite. Le dixième jour après l'opération, son moins mat du côté gauche; quelques traces du retour de la respiration de ce côté; différence des deux côtés moins sensible à la mensuration. Du reste, état normal, retour des forces; le malade peut se lever quelques heures. Plus de médicaments : on continue l'eau de Seltz avec le lait; diète légère et nourrissante. La plaie dans les parois du thorax se cicatrisa au commencement de juin, où l'enfant fut considéré comme guéri.

Soumis, le 24 juin, à un examen attentif, il présente les particularités suivantes: les deux côtés de la poitrine donnent, à la percussion, un son également sonore; bruit respiratoire presque égal des deux côtés; la mensuration ne fait voir qu'une différence de trois quarts de pouce entre les deux cavités du thorax, immédiatement au-dessus des mamelons; mais les fausses côtes sont encore fortement bombées en devant et en dehors; battements du cœur encore sensibles à droite, quoiqu'à un plus faible degré; la colonne

vertébrale paraissant avoir repris sa direction verticale ; omoplate et mamelon un peu plus aplatis à gauche qu'à droite; dans les inspirations profondes, la moitié droite du thorax paraît se dilater davantage que la moitié gauche. Dans ce moment-ci, on n'aperçoit plus de différence entre les deux moitiés du thorax sous aucun rapport, et l'enfant se porte tout à fait bien.

Dans ce cas, l'affection n'était pas très-ancienne (un mois), le malade jeune (six ans), les poumons étaient intacts, et quoique l'épanchement fût très-considérable (écoulement de six chopines de pus le premier jour), la guérison eut lieu en deux mois. Un point fort curieux et que nous n'avions pas encore trouvé signalé, c'est que le poumon du côté de l'épanchement commença à laisser entendre le dixième jour, par l'auscultation, des traces du retour de la respiration, et que, deux mois après, toute matité avait disparu, le bruit respiratoire étant presque égal des deux côtés de la poitrine. La guérison était donc très-complète ; la poitrine ne présenta pas de déformation.

OBSERVATION XIX.

Épanchement purulent dans la plèvre gauche. Opération de l'empyème entre la septième et la huitième côte. Soulagement immédiat. Accidents consécutifs à une nouvelle accumulation de pus. Guérison avec fistule au bout de deux mois. Retour partiel de l'expansion pulmonaire. (Heyfelder, loc. cit.)

Buck, garçon de 6 ans, d'Altheim, jusque-là bien portant, fut affecté, le 15 janvier 1838, de symptômes de fluxion de poitrine. Ce n'est que le 23 du même mois que les parents consultèrent un médecin, qui reconnut une pleurésie du côté gauche, et ordonna un traitement antiphlogistique, et plus tard des révulsifs. L'état du malade s'améliora; mais la convalescence n'était pas franche, car on observa chaque soir des mouvements fébriles. Demandé en consultation, je trouvai le malade dans l'état suivant : position accroupie sur le côté gauche, la paroi thoracique bombée vers le haut, la tête penchée vers l'épaule gauche; impossibilité de changer cette position, sans occasionner des angoisses et une toux sèche, de temps à autre un peu humide ; la respiration est brève, entrecoupée et accélérée ; expression d'anxiété dans la figure enflée et cyanosée ;

amaigrissement assez considérable; la peau est humide, le pouls accéléré, mou et inégal: la langue rouge aux bords et à la pointe, au milieu légèrement blanche; l'appétit n'est pas tout à fait supprimé; la soif est plus forte que dans l'état naturel; le ventre libre; l'urine copieuse, chargée; les mains et les pieds sans œdème, mais émaciés, avec courbure des ongles; déviation à droite du cœur, dont les battements fréquents ne sont presque plus apparents à la région précordiale; dilatation plus forte de la moitié gauche du thorax; déviation à droite du sternum, de sorte que l'extrémité droite en était convexe, et l'extrémité gauche concave. La colonne vertébrale présentait la même courbure; il existait un peu d'œdème aux parties molles du côté gauche de la poitrine, qui, en bas, paraissait plus bombé que le droit. La percussion donnait un son mat à gauche et un son clair à droite; l'auscultation montra que le bruit respiratoire n'existait pas à gauche; il y avait égophonie un pouce au-dessus du mamelon; le bruit de la respiration était très-prononcé à droite. La succussion détermina un bruit particulier à gauche. Par conséquent, la présence d'un épanchement au côté gauche de la poitrine était hors de doute, et la paracentèse indiquée, ce que les parents de l'enfant ne permirent que quinze jours plus tard. Le jour où nous fîmes l'opération, l'enfant se trouva encore presque dans le même état, quoique tous les symptômes parurent plus prononcés, et que l'égophonie n'existât plus; ce qui me prouva que la moitié gauche de la poitrine était tout à fait remplie de fluide. En présence de M. le docteur Vogel, je fis l'opération avec un bistouri entre la septième et la huitième côte, au milieu de l'espace compris entre le sternum et la colonne vertébrale. L'incision faite à la plèvre, environ six chopines de pus en sortirent en plein jet; pendant l'évacuation du pus, l'enfant se trouva déjà soulagé, on entendit le bruit respiratoire et l'égophonie au tiers supérieur du côté gauche. Cette dernière baissa peu à peu avec l'évacuation du liquide, et disparut tout à fait à la fin; la percussion donna un son moins mat, mais pas si clair qu'au côté opposé. Cependant, les battements du cœur ne changèrent pas de place: du moins ils ne se montrèrent pas au côté gauche.

Nous mîmes un bourdonnet jusque dans la cavité de la poitrine, et nous couvrîmes la plaie avec du linge fenêtré, de la charpie et une compresse, tout cela contenu par une bande circulaire. Le pansement fait, l'enfant prit du lait coupé avec de l'eau sans tousser, et dormit tranquillement pendant une heure et demie, après avoir passé les trois dernières vingt-quatre heures sans dormir. Je visitai ce malade encore une fois le même jour; je trouvai la charpie et la compresse que j'avais mises sur la plaie, trempées de liquide. Nous ordonnâmes une diète sévère, et de l'eau de Seltz, coupée avec du lait, pour boisson. Le lendemain, le pansement ôté, le bourdonnet ne fut plus trouvé dans la plaie, mais devant elle, et peu de liquide en sortit, même pendant l'inspiration et un accès de toux. La même chose fut observée dans les deux jours suivants, quoique le bourdonnet fût introduit jusque dans la cavité de la poitrine. Le sixième jour après l'opération, l'enfant adopta encore une fois la position accroupie sur le côté gauche; la percussion donna un son mat, le bruit de la respiration fut moins fort en haut, nul en bas. La respiration était plus courte, accompagnée d'angoisses et d'une toux sèche; le pouls et les battements du cœur plus accélérés; depuis deux jours point d'évacuation de pus par la plaie. Cet état dura cinq jours; au moment où je me décidais à faire une dilatation de la plaie, l'enfant fut pris d'un accès de toux, qui fit sortir une grande quantité de pus, après quoi tous les accidents mentionnés se dissipèrent. Depuis ce temps, l'évacuation du pus se continuait et présentait à peu près la valeur d'une chopine par jour; néanmoins l'enfant entra en convalescence. Un mois après l'opéra-

tion, l'enfant se portait si bien qu'il pouvait jouer plusieurs heures en plein air. Cependant, une petite quantité de pus sortit encore de la plaie; mais l'exploration de la poitrine, avec le stéthoscope et le plessimètre, donnait un son plus clair et dénotait la présence du bruit respiratoire au côté gauche de la poitrine, qui était moins développé que le côté opposé. Le retour de la belle saison favorisa la convalescence de l'enfant, tellement, qu'à la fin du mois de mai, il pouvait passer toute la journée en plein air, qu'il mangeait avec le meilleur appétit, et qu'il dormait bien dans toute position, sans aucune difficulté. Lorsque j'examinai l'enfant pour la dernière fois, il y a un mois, je trouvai un son clair au côté gauche, quoiqu'un peu moins qu'à droite; le bruit respiratoire un peu moins fort à gauche et un peu plus prononcé près de la colonne vertébrale; l'épaule et le mamelon plus bas que ceux de l'autre côté, et les fausses côtes plus saillantes; à cela près, l'enfant se porte bien.

Plusieurs traits de cette observation offrent une grande analogie avec ceux des faits précédents : nous n'y reviendrons pas, nous bornant à insister sur le danger évident de ne pas entretenir le libre écoulement du pus, puisque l'accumulation de ce liquide, au quatrième jour de l'opération, suffit pour ramener les accidents. La courbure des ongles se rencontrait chez ce malade, et la succussion fit entendre un bruit particulier; cependant, rien ne prouve qu'il existât ni fistule bronchique, ni épanchement d'air dans le foyer, puisque six chopines de pus sortirent d'un seul jet, à la suite de l'incision de la poitrine, et qu'il n'est pas dit qu'on y eût remarqué aucune bulle d'air.

OBSERVATION XX.

Opération d'empyème pratiquée pour la seconde fois avec succès, après un intervalle de vingt-deux ans, par le docteur Guérard, jeune, d'Eberfeld. (*Archiv. de Méd.*, *T. XIII*, *année* 1827, *p.* 270.)

Un homme d'âge moyen se plaignait de violentes douleurs dans le côté gauche du thorax; la respiration était courte et gémissante, le pouls petit et dur, la peau froide

et couverte de sueur; il y avait, enfin, une toux extrêmement douloureuse. Cet état existait depuis douze heures, et n'avait été précédé que d'une légère fièvre avec toux et douleur pongitive du côté gauche. On pratiqua sur-le-champ une saignée de vingt à trente onces, qui soulagea le malade et qui permit au pouls de se relever et de devenir mou. A l'intérieur, on donna des pectoraux avec du nitre et de l'extrait de jusquiame; le lendemain, le malade était mieux et pouvait parler. Il fit connaître au docteur Guérard qu'il avait été affecté, vingt-deux ans auparavant, d'une pneumonie semblable, qui s'était terminée par la suppuration, et dont il avait été guéri par le docteur Guérard, père, qui lui avait pratiqué l'opération de l'empyème. Comme il y avait encore une douleur pongitive, on répéta la saignée, on continua les médicaments internes, et on appliqua un vésicatoire au côté gauche du thorax; le troisième jour, douleur pongitive diminuée; pouls mou et régulier, point d'expectoration; même médicament interne, et de plus un grain de calomel toutes les deux heures.

Le cinquième jour, pression dans le côté gauche, respiration difficile, mais non douloureuse; la percussion de la poitrine donnait un son mat, et le stéthoscope un bruit sourd qui se renouvelait à chaque respiration; point d'expectoration. (*Infus. de rac. de polyg. Sénéga avec du sel ammoniac.*) Le sixième jour, pression dans la poitrine plus intense, orthopnée; l'endroit de la cicatrice au thorax formait un bourrelet saillant entre la huitième et la neuvième côte; le pouls était régulier et mou. Le malade affirmait qu'il éprouvait dans la poitrine la même sensation qu'il avait déjà sentie vingt-deux ans auparavant. Tous ces signes autorisaient suffisamment une nouvelle opération de l'empyème; elle fut pratiquée moyennant un coup de bistouri dans le bourrelet saillant; il en sortit immédiatement une grande quantité d'un pus fétide, dont l'évacuation produisit aussitôt un grand soulagement. On donna au malade une décoction de cascarille et de quinquina; une mèche de charpie fut placée dans la plaie; elle fut expulsée pendant la nuit avec une nouvelle quantité de pus plus ténu et moins fétide que le premier. L'écoulement devint de plus en plus séreux et moins abondant d'un jour à l'autre. Le cinquième jour après l'opération, le malade put sortir du lit; la mèche de charpie fut enlevée définitivement le onzième jour, et la place se cicatrisa promptement. Un an après, le malade était toujours de bonne santé; il n'avait ni toux, ni aucun trouble dans la respiration.

Si les succès des opérations d'empyème étaient encore à démontrer, je n'en aurais pas donné cette observation comme preuve suffisante, attendu qu'on pourrait, à la rigueur, contester l'existence de l'épanchement. Il est dit que la poitrine était douloureuse, le son mat et la respiration difficile, avec orthopnée; mais la cicatrice qui résultait de l'opération pratiquée vingt-deux ans auparavant, et qui était placée entre la huitième et la neuvième côte, formait un bourrelet saillant, dans lequel on donna un coup de bistouri, sans autre précaution dont il soit fait mention. Un pus fétide, dont l'évacuation produisit un prompt soulagement, sortit

de la plaie; le malade se leva le cinquième jour, et fut promptement guéri. Mais comment assurer que l'on n'a pas eu sous les yeux un simple abcès, développé en dehors de la poitrine? On ne dit pas avoir traversé un espace intercostal, ni avoir vu le pus sortir de l'intérieur du thorax; et une terminaison si heureuse et si rapide doit paraître fort extraordinaire, s'il s'agit réellement d'un épanchement purulent. J'ai cité cependant cette observation, parce qu'elle se trouve rappelée dans quelques ouvrages actuels de chirurgie et de médecine opératoires, comme un des cas les plus remarquables d'empyème ouvert avec succès; chacun pourra maintenant apprécier la valeur d'un pareil fait; toutefois, nous ajouterons qu'il a été traduit dans les Archives d'après un journal étranger, et il est possible qu'on ait supprimé, comme inutiles, les détails qui eussent levé tous les doutes sur la réalité de la maladie.

OBSERVATION XXI.

Épanchement purulent dans la cavité droite de la poitrine; ponction entre la sixième et la septième côte; soulagement immédiat. Cicatrisation de la plaie. Retour des accidents; incision; mèche dans la plaie. Mort un an après l'opération. (Stanski, Journal l'*Esculape*, 8 novembre 1840.)

Delaurier (Rose), âgée de vingt-sept ans, brunisseuse, réglée régulièrement depuis sa dix-septième année, jouissant ordinairement d'une bonne santé, entra à l'hospice Cochin le 8 octobre 1834, pour un ictère auquel succéda plus tard un épanchement dans la cavité droite du thorax.

Le 28 janvier 1835, quatre mois à peu près depuis l'invasion de la maladie, Delaurier se trouvait dans l'état suivant :

Elle reste couchée sur le dos, appuyée sur le côté droit plutôt que sur le côté gauche du thorax; son corps est un peu relevé par les oreillers; toute autre position augmente la toux; il y a un amaigrissement très-considérable; le ventre, le foie, sont à l'état que nous avons indiqué plus haut.

La moitié gauche de la poitrine présente la sonorité normale; le bruit respiratoire y est puéril.

A droite et en avant, la percussion donne une matité complète; depuis la base de la

poitrine jusqu'à la première côte, en arrière, même matité; à l'auscultation, on n'entend qu'au sommet du poumon la respiration normale; dans la fosse sous-épineuse, près de l'épine et du bord axillaire de l'omoplate, la respiration est souffrante; on entend au même endroit, de temps en temps, des gargouillements, et toutes les fois que la malade tousse, un bruissement particulier qui s'irradie à une certaine distance. Pour peu que la malade se mette sur son séant ou se couche sur le côté gauche, la toux augmente d'intensité, les quintes deviennent continuelles, et les matières qui forment l'expectoration coulent de la bouche comme par flots.

Le lendemain de cet examen, un trois-quarts capillaire fut introduit entre les cinquième et sixième côtes droites, et il s'écoula par la canule trente-quatre onces de matière purulente, épaisse, jaunâtre, d'une odeur fade analogue à celle des matières expectorées. A mesure que le liquide s'écoulait, la malade éprouvait un soulagement notable; elle pouvait rester sur son séant sans éprouver ni quintes ni toux. Lorsque la poitrine a été vidée jusqu'à un certain point, l'air, en s'introduisant par la petite canule du trois-quarts, remplie encore des matières purulentes, produisait le phénomène du tintement métallique; et quand la canule a été retirée de la poitrine, on a entendu le même phénomène dans la fosse sous-épineuse droite, mais à des intervalles plus éloignés; et dans les moments d'inspiration, après l'opération, la matité de la moitié droite de la poitrine avait diminué, mais la sonorité était toujours plus faible qu'à gauche; le bruit respiratoire s'y entendait aussi dans une plus grande étendue qu'avant l'opération. La malade resta dans cet état à peu près quatre ou cinq jours; mais, au bout de ce temps, les quintes toux reprirent leur intensité et leur fréquence primitive; elles revenaient aussitôt que la malade se couchait sur le côté gauche ou se mettait sur son séant. Les crachats furent expectorés en grande abondance, et, à la percussion, on trouva le côté droit du thorax complétement mat, excepté au sommet, où il y avait un peu de sonorité et où la respiration s'entendait faiblement; les sueurs nocturnes étaient très-abondantes, le pouls était devenu fréquent. Tous ces accidents allant en s'aggravant, on se décida à donner une large issue au liquide dans la cavité thoracique. A cet effet, on fit, le 5 février, avec un bistouri, une ouverture entre les cinquième et sixième côtes, par laquelle il sortit trois pintes au moins de matières analogues à celle qui était sortite par la canule du trois-quarts.

Après l'opération, la malade éprouva beaucoup de soulagement; la toux devint rare, l'expectoration très-peu abondante, et la poitrine sonore à la percussion; on introduisit une mèche dans l'ouverture, et, pour faciliter l'épanchement du pus, on coucha la malade sur le côté droit.

Au pansement suivant, il s'écoula à peu près une pinte de matière séreuse roussâtre. Plus tard, le pouls devint moins fréquent, la toux et l'expectoration diminuèrent de plus en plus; seulement, le ventre resta dur et sensible à la pression; les sueurs nocturnes persistèrent pendant longtemps; la fistule thoracique fournissait toujours beaucoup de liquide purulent, inodore; les côtes droites se rapprochaient, et les intervalles intercostaux se rétrécissaient de plus en plus; on entendit la respiration amphorique et le tintement métallique dans la fosse sous-épineuse jusqu'au milieu du mois d'avril, époque à laquelle la fistule pulmonaire parut être fermée.

Peu à peu la figure de la malade a repris l'expression de la gaieté, l'embonpoint est revenu; mais les règles n'ont jamais paru depuis l'invasion de la maladie; les fonctions digestives se faisaient bien. La malade commença à se lever et à se promener.

Au mois d'août, la poitrine était rétrécie du côté droit; les bords des côtes étaient très-rapprochés; la fistule thoracique fournissait toujours du pus en petite quantité et inodore,

qui devenait plus abondant aux époques où la malade aurait dû avoir ses règles. Alors le pus devenait fétide et sanguinolent, et cette exacerbation durait trois ou quatre jours, après lesquels toutes choses revenaient à l'état primitif. La malade resta dans cet état jusqu'au mois de septembre ; mais à cette époque les accidents reparurent, et la mort arriva le 6 janvier 1836.

Autopsie. La moitié gauche du thorax avait pris une plus grande capacité qu'à l'état sain, par la déviation de la cloison médiastine portée à droite ; le cœur était aussi repoussé, dans ce sens, au delà de la ligne moyenne ; le poumon gauche était sain ; le poumon droit avait le volume d'un tiers moindre que celui du côté opposé ; en dedans, il était adhérent dans toute son étendue, et couché longitudinalement le long du médiastin postérieur de la cavité thoracique ; par sa face externe, ce poumon correspondait à un foyer purulent, qui s'étendait depuis le sommet de la cavité plerale jusqu'au diaphragme ; ce foyer avait sept à huit pouces de haut en bas, cinq pouces d'arrière en avant, et deux de dehors en dedans. Cette cavité était le siége de l'épanchement dont on extrayait tous les jours la sérosité purulente ; ses parois étaient tapissées par une membrane d'un blanc grisâtre, rugueuse ; cette fausse membrane était fibreuse, avait deux ou trois lignes d'épaisseur. L'ouverture intercostale de l'opération était située à la partie la plus déclive du foyer. Le muscle diaphragme était fortement remonté vers la cavité thoracique, et rétrécissait encore plus sa capacité. Le tissu du poumon droit, quoique très-condensé, à cause de la diminution du volume de l'organe, était parfaitement sain ; les bronches ne présentaient aucune altération.

Les côtes du côté droit se touchaient presque immédiatement ; tous les autres viscères étaient sains.

On n'a pu trouver aucune trace de l'ancienne fistule pulmonaire.

Cette observation confirme toutes nos remarques sur le danger de ne pas laisser une libre issue au pus épanché. Après une simple ponction, on voit les accidents cesser, puis reparaître avec l'accumulation du liquide. Une incision est faite, et la malade entre en convalescence ; mais la plaie se referme presque entièrement quelques mois plus tard, et, dès lors, le foyer s'enflamme, le pus devient fétide, la fièvre de résorption se déclare, et la malade finit par y succomber. Nous croyons qu'une canule à demeure et l'envoi de la malade en convalescence, lui auraient peut-être sauvé la vie. M. Stanski a noté avec soin, comme preuve d'une fistule pulmonaire, une sorte de gargouillement et un bruissement particulier qui s'entendaient à quelque distance, chaque fois qu'il y avait de la toux. L'aggravation éprouvée périodiquement par la malade à l'époque des règles, et l'écoulement momentané d'un pus sanguinolent, sont des phénomènes déjà notés, mais fort curieux. L'autopsie aurait pu fournir à M. Louis l'exemple d'une pleurésie mortelle, sans complication, à moins que ce médecin n'attribue la termi-

naison funeste à l'opération qui, selon nous, a prolongé de près d'une année l'existence de la malade.

OBSERVATION XXII.

Pleurésie purulente. Tumeur offrant quelques-uns des signes d'un anévrisme. Empyème au lieu de nécessité. Guérison. CRUVELHIER. *Dictionnaire de Méd. et de Chir. prat.* art. Pleurésie.

Un jeune homme de Bourganeuf (Creuse) éprouve, à la suite d'accès de fièvre intermittente, une douleur dans l'hypocondre gauche, puis tous les signes d'une pleuro-pneumonie du même côté. Application de sangsues; persistance de la fièvre avec redoublements nocturnes, dépérissement, oppression croissante.

Le cinquante-sixième jour de l'invasion, petite tumeur fluctuante dans le cinquième espace intercostal, à côté du mamelon gauche; en deux jours elle acquiert le volume de deux poings réunis. Lorsque je vis le malade, la respiration se faisait seulement à droite. Le malade ne pouvait rester qu'en supination, la tête très-élevée, le tronc incliné à gauche. Le son était complétement mat dans tout le côté gauche, excepté sous la clavicule. Bruit respiratoire nul en bas, peu marqué en haut. On sentait parfaitement les battements du cœur, à droite du sternum. La tumeur était agitée par des mouvements alternatifs de dilatation et de resserrément, tout à fait semblables à ceux d'une tumeur anévrismale. La fluctuation était impossible à déterminer, bien que la tumeur fût évidemment formée par une collection de liquide, car la moindre pression exercée sur elle faisait refluer ce liquide dans la cavité de la plèvre. Quoique les symptômes actuels et les commémoratifs dénotassent de la manière la plus manifeste l'existence d'une pleurésie et la communication de la poche sous-cutanée avec la cavité de la plèvre, j'avoue cependant que je ne procédai qu'avec anxiété à la ponction de la tumeur. Je le fis à la manière des ponctions exploratrices, j'agrandis un peu l'ouverture. Le pus s'écoula à flots, j'appliquai de suite une large plaque de diachylum pour éviter la déplétion trop rapide de la cavité thoracique. Le pus parvint à décoller le diachylum, le lit en fut inondé. Le malade se rétablit parfaitement.

Pelletan (v. clin. chir., t. III, p. 254) avait déjà observé un abcès sus-pleural, développé au côté gauche de la poitrine, et au devant de la région du cœur, qui offrait des battements semblables à ceux d'une tumeur anévrismale. Quelques personnes de l'art,

d'une expérience consommée, consultées par Pelletan, reconnurent un abcès froid accompagné de la carie des côtes, mais ne consentirent pas à ce qu'on en fît l'ouverture, de peur que ce ne fût un anévrisme. Boyer dit aussi avoir rencontré un cas semblable, qui pouvait être pris pour une tumeur anévrismale, et il recommande de s'abstenir de toute opération. Nous voyons cependant que M. Cruvelhier ouvrit heureusement la tumeur, guidé par la facilité avec laquelle le liquide disparaissait sous la pression des doigts, et rentrait dans la poitrine, signe qui paraît propre aux épanchements pleurétiques, et qui était confirmé, d'ailleurs, par la marche et les symptômes de la maladie. Ce fait de M. Cruvelhier est un très-bel exemple de succès, et il vient à l'appui de nos remarques sur la plus grande facilité de la guérison à la suite de l'opération de l'empyème au lieu de nécessité.

OBSERVATION XXIII.

Épanchement pleurétique, gauche, de matière puriforme blanchâtre. Opération de l'empyème au lieu d'élection. Emploi d'une canule à soupape à demeure. Prompte guérison. (REYBARD, *Gazette Médicale*, nº du 23 janvier 1841.)

Je visitai, le 12 octobre 1829, un jeune homme d'Andance, nommé Lajard, âgé de quatorze ans, qui s'était violemment froissé le côté en tombant sur le bord d'un bateau. Cette chute détermina une douleur assez vive dans tout le côté, et occasionna une pleurésie à laquelle succéda un épanchement dans la cavité droite de la poitrine. Quoique cette maladie n'existât que depuis trois mois, l'épanchement était si considérable que le malade respirait avec la plus grande difficulté; aussi ne pouvait-il se coucher que sur le côté droit, ou bien était-il obligé de se tenir presque assis dans son lit. Le côté droit de la poitrine était considérablement soulevé, les côtes fortement écartées les unes des autres, et quoique le malade fût extrêmement maigre, les espaces intercostaux ne paraissaient pas enfoncés. La toux était sèche et fort incommode, le pouls petit et très-fréquent; la maigreur était extrême et l'appétit presque nul. Une douleur profonde et sourde se faisait ressentir dans tout le côté de la poitrine quand on la percutait. Le bruit respiratoire était nul.

Lorsque, à l'aide de l'auscultation et de la percussion, j'eus acquis la certitude que l'épanchement existait, je conseillai quelques boissons adoucissantes et un vésicatoire au bras, et trois jours après je pratiquai l'empyème d'élection, assisté de M. Saunier, d'Andance, espèce d'officier de santé très-aimé dans le pays.

Le malade était assis sur le bord de son lit, les jambes pendantes, et le corps un peu

incliné du côté gauche; j'incisai dans l'étendue d'environ 67 millimètres la peau, le tissu cellulaire et les muscles, suivant la direction des côtes que ces parties recouvraient. Je coupai ensuite les muscles intercostaux, mais dans une étendue moindre et toujours décroissante, de telle sorte que l'incision de la plèvre se réduisait à une petite ouverture qui recevait seulement le bout de la canule à soupape que j'avais préparée d'avance et que j'y introduisis aussitôt que l'écoulement de pus m'eut indiqué que j'avais ouvert la poitrine. Une fois la canule placée, je rapprochai les bords de la plaie sur elle, et la fixai avec l'emplâtre agglutinatif. Je donnai issue à une matière puriforme blanchâtre, peu consistante et inodore, que je reçus dans un plat. Lorsque le pus commença à sortir avec moins de force, je fis coucher le malade sur le côté et dans une position horizontale telle que l'ouverture pratiquée fut le point le plus déclive de la cavité thoracique, et que le pus trouva une ouverture facile et complète. Le lit fut ensuite disposé de manière que la canule, qui ressortait à peine d'un pouce, ne pût être dérangée pendant le sommeil. Des linges furent placés pour recevoir le pus, qui continua à couler goutte à goutte pendant plusieurs heures.

Le malade, quoique un peu fatigué par l'opération, éprouvait cependant beaucoup de soulagement et de satisfaction. Quelques boissons théiformes, aidées de l'application autour de la poitrine, de sachets contenant du son chaud, amenèrent une légère transpiration.

Le deuxième jour de l'opération, je trouvai le malade dans un état très-satisfaisant, il avait dormi et ne toussait que très-rarement. Son pouls était moins fréquent et plus développé, l'appétit se faisait sentir. Je me contentai, dans cette visite, de renouveler l'emplâtre agglutinatif, dans lequel la canule était vissée, parce que la transpiration commençait à le décoller, et je retirai celle-ci avec les précautions d'usage. Ayant renouvelé le morceau de baudruche, qui avait acquis un peu d'odeur, je replaçai la canule dans la plaie et ne l'enfonçai que faiblement, de manière que son extrémité interne pénétrait faiblement dans la poitrine.

Il est bien essentiel, pour éviter de blesser le poumon, que le bout de la canule soit arrondi et qu'on puisse, en la vissant sur l'emplâtre agglutinatif, lui donner une longueur déterminée et toujours égale à la profondeur de la plaie; car, en s'avançant, elle pourrait irriter le poumon dans ses mouvements d'expansion. Outre la prescription antérieure, j'accordai trois soupes et des fruits cuits, et comme la transpiration continuait, je crus devoir me dispenser d'ordonner un vésicatoire à la poitrine.

A ma douzième visite, qui eut lieu quatre jours après l'opération, l'état était encore plus satisfaisant. Le malade avait repris des forces et surtout un grand appétit; aussi fus-je obligé de lui accorder plus d'aliments. Je me bornai encore à retirer la canule; pour changer l'emplâtre agglutinatif que je soutins avec des bandelettes croisées sur lui. Je prescrivis des boissons diurétiques, et au lieu d'un vésicatoire, je plaçai un cautère sur la poitrine à 54 millimètres au-dessus de l'ouverture que j'y avais pratiquée. Je continuai à visiter le malade tous les deux jours, et le huitième je retirai la canule de la plaie, parce qu'elle ne laissait plus couler que quelques gouttes d'un pus clair: je la remplaçai par une petite mèche de linge fin pour empêcher l'entière cicatrisation de la plaie, puis celle-ci fut couverte avec un emplâtre de diapalme. Jusque-là, la plaie avait fourni une matière puriforme, claire, en assez grande quantité pour mouiller des compresses pliées en plusieurs doubles, qu'on changeait soir et matin. Dès ce moment, j'enseignai à mon aide chirurgien à panser le malade; je lui fis comprendre, et même lui exagérai le danger qu'il y aurait à laisser pénétrer l'air extérieur dans la poitrine, et lui ayant rappelé toutes les précautions à prendre pour éviter cet accident, je présidai à son premier

pansement, qui eut lieu quatorze heures après que j'eus retiré la canule. Ayant à peine obtenu deux cuillerées de pus clair et légèrement roussâtre, je présumai que la guérison ne se ferait pas longtemps attendre. En effet, après huit jours de pansements répétés matin et soir, la plaie, qui ne fournissait que le pus qu'elle sécrétait, aurait pu être abandonnée à elle-même, si par des motifs de simple prévoyance je n'avais cru nécessaire de la tenir encore ouverte pendant une huitaine de jours.

Le poumon, qui n'avait pas éprouvé d'altération organique, ni subi une longue compression, avait promptement recouvré ses dimensions, et contracté des adhérences avec la plèvre costale. On peut donc établir que la guérison de cet empyème a été obtenue en quinze jours, puisque la canule avec laquelle j'entretenais l'ouverture fistuleuse, dont je voulais retarder la cicatrisation, avait depuis longtemps cessé de fournir du pus épanché. Cette guérison a été définitive ; aujourd'hui le sujet jouit d'une bonne santé et n'a conservé, dans la poitrine, ni douleur, ni déformation.

Nous ne voudrions contester en aucune manière la valeur du beau succès obtenu par M. Reybard, et nous le plaçons au contraire au même rang que ceux de Ravaton, de M. Malle et de quelques autres chirurgiens, s'il ne l'emporte même pas sur eux, par la promptitude de la guérison.

Mais, est-il vrai qu'il faille attribuer une si remarquable cure à l'emploi de la canule à soupape, et aux obstacles apportés à l'introduction de l'air dans la poitrine? Telle est sans doute l'opinion de l'habile et ingénieux chirurgien de Lyon, mais nous ne saurions la partager entièrement.

D'abord, nous sommes convaincu que la présence de l'air n'est pas indispensable à l'inflammation des foyers purulents et à la viciation de leurs sécrétions.

On trouvera en outre, parmi nos observations, un assez grand nombre d'exemples de libre introduction de l'air dans la poitrine, sans que rien de fâcheux en soit résulté.

Nous ne nions pas cependant l'utilité de la canule à soupape ; nous croyons qu'elle remplit mieux qu'aucune autre, peut-être, et certainement d'une manière plus simple et plus commode, le but de son inventeur, mais nous cherchons ailleurs les causes de la guérison, et nous les rapportons principalement à l'écoulement continu et facile offert au liquide de l'épanchement.

Nous remarquerons, au reste, combien la conduite de M. Reybard fut judicieuse, au sujet des indications morbides.

Pendant qu'il évacuait le produit de l'inflammation de la plèvre,

il combattait l'inflammation elle-même par des exutoires répétés, de légers diaphorétiques, un régime alimentaire approprié; et en quinze jours, une affection ancienne et d'une imminente gravité était définitivement guérie.

OBSERVATION XXIV.

Épanchement purulent dans la plèvre gauche. Opération. Fétidité du pus. Guérison.
(VEISBROD WINTER de Munich. *Archiv. de méd.*, T. II, *p.* 493.)

Un jeune homme, fort et bien musclé, offrit, à la suite d'un refroidissement, tous les symptômes d'une pleurésie, et fut soumis à un traitement antiphlogistique sévère, (neuf saignées, sangsues, vésicatoires), qui ne put prévenir l'épanchement. Lorsque le docteur Veisbrod fut appelé, il constata l'état suivant :

La face est pâle, grippée, les ailes du nez pincées, les yeux éteints, la respiration fréquente, courte, abdominale, la peau couverte d'une sueur froide et visqueuse; le pouls tendu, fréquent, petit. L'examen de la poitrine offre, du côté gauche, un bombement remarquable et un écartement considérable des côtes; à l'auscultation, on n'entend pas le bruit respiratoire. La percussion donne un son mat et laisse percevoir une sensation de fluctuation. L'épanchement ne pouvait donc être méconnu. On résolut de l'évacuer; à cet effet, on pratiqua entre la troisième et la quatrième côte une incision de dix lignes environ, qui donna immédiatement issue à une grande quantité de sérosité purulente, verdâtre et fétide. Dès que l'écoulement eut cessé, la plaie fut fermée par plusieurs compresses, et le malade se sentit entièrement soulagé; il put se coucher dans toutes les positions et tousser assez facilement.

Les jours suivants, l'écoulement devint de plus en plus purulent, mais diminua beaucoup en quantité. Le malade se trouva si bien, que, malgré la présence de l'air dans la cavité thoracique, il pouvait retenir sa respiration pendant plusieurs minutes; ses forces étaient revenues et la guérison paraissait assurée, lorsque tout à coup, le dix-septième jour de l'opération, une douleur très-vive se fit sentir aux environs de la plaie; la respiration devint embarrassée, et le pouls fréquent. (Sangsues.) Le lendemain, on introduisit une sonde dans l'ouverture, mais elle ne donna issue qu'à quelques gouttes de liquide. Cependant, l'état du malade ayant encore empiré, on présuma que le parallélisme des ouvertures était détruit, et on se décida à prolonger l'incision d'un demi-pouce vers le sternum. Cette nouvelle opération donna immédiatement issue à environ cinq onces de sérosité purulente et fétide. Le malade se sentit une seconde fois soulagé, et quoique l'air entrât librement dans la poitrine, la toux et la fièvre cessèrent, et la respiration devint parfaitement libre.

L'écoulement continua avec plus ou moins d'abondance pendant assez longtemps; quelquefois il devenait presque nul et semblait approcher de sa fin, lorsqu'un violent

accès de toux venait le renouveler en chassant une grande quantité de matière purulente. Enfin, après quelques circonstances sans importance, le malade fut parfaitement rétabli à la fin du troisième mois.

La fétidité et l'altération du pus, préexistant à l'opération, ne sont pas très-rares, et ne peuvent cependant s'expliquer par la présence de l'air, à moins de supposer gratuitement l'existence d'une fistule bronchique et d'un pneumothorax. Mais si, d'une part, le pus était primitivement corrompu dans le foyer de l'épanchement, nous sommes, d'autre part, forcé de reconnaître que l'introduction de l'air n'a nullement vicié la sécrétion du suc pseudo-pleural, et que les accidents intercurrents qui ont été observés provenaient de l'accumulation du pus, que de fausses membranes avaient enkysté dans quelque foyer partiel aux environs de la plaie. C'était vraisemblablement dans les cas de cette nature qu'Hippocrate conseillait d'insuffler une petite vessie dans la plaie, et de faire ensuite écouler le liquide avec une canule profondément introduite. Van Swieten avait répété le même conseil, et si le moyen n'est pas irréprochable, ce que l'on pourrait contester, l'indication n'en est pas moins excellente.

OBSERVATION XXV.

Pleurésie partielle du côté droit. Épanchement purulent enkysté. Ponctions avec le bistouri le vingt-quatrième jour. Évacuation du pus. Cessation des accidents. Nouvelles ponctions nécessitées par le retour de l'épanchement. Plaie fistuleuse. Guérison. (LARREY. *Mém. et Camp.*, T. III, p. 474.)

Bernadotte (Jean-Baptiste), sapeur des grenadiers à pied, âgé de trente-quatre ans, se donna un coup dans la poitrine entre la troisième et la quatrième côte du côté gauche. Chute sur le coup; hémorragie; ligature d'une artère intercostale. Signe d'épanchement : toux sèche, oppression, soif ardente, absence des mouvements sterno-costaux du même côté, douleur fixe locale, petitesse du pouls, impossibilité de se coucher sur le lieu opposé à la blessure; mouvements de suffocation dangereux; large ecchymose derrière

l'hypocondre et à la partie déclive du thorax du côté blessé ; incision le neuvième jour entre la quatrième et la cinquième côte, en comptant de bas en haut.

Issue de deux litres d'une sérosité sanguinolente noirâtre. Soulagement immédiat. On ne peut évacuer tout le liquide, parce que le foyer qui le contenait, s'étendait fort loin en arrière, et il continua de s'en écouler en telle quantité, que, dans l'espace de cinq jours, il en était sorti dix ou douze litres.

Les accidents s'apaisent, la plaie se ferme le neuvième jour de l'opération; mais bientôt les signes de l'épanchement reparaissent, la vie est de nouveau menacée.

On détruit la pellicule mince de la cicatrice; issue de deux pintes d'une matière purulente d'une odeur infecte. Introduction d'une bandelette de linge effilé dans la plaie; pansements trois fois par jour; régime tonique. Cette maladie a parcouru toutes les périodes d'une plaie en suppuration. D'abord et pendant deux mois, matière séreuse, abondante, d'un gris brun fétide.

Ensuite suppuration louable, affaissement du thorax dans les points correspondant à l'épanchement, dont les parois sont très-resserrées.

Au douzième mois, trajet fistuleux très-peu étendu, embonpoint, respiration libre. Le malade touche à sa guérison.

Malgré la haute autorité et la vaste expérience de l'illustre chef de la chirurgie militaire, nous croyons, en jugeant, au reste, d'après les faits accomplis, qu'il eût été plus avantageux de ne pas fermer la plaie pratiquée, le neuvième jour, pour l'opération de l'empyème, entre la quatrième et la cinquième côte ; nous eussions même essayé des injections dans le foyer de l'épanchement ; après quoi une canule aurait été placée à demeure pour éviter toute distension des parois du foyer, et en accélérer le rapprochement. Il faut remarquer, toutefois, que l'on rompit la pellicule mince de la cicatrice, dès la manifestation des accidents déterminés par l'accumulation du pus, et qu'une bandelette de linge effilé introduite dans la plaie livra une libre issue au liquide sécrété, et permit aux surfaces enflammées de parcourir toutes les périodes d'une plaie en suppuration.

OBSERVATION XXVI.

Plaie de poitrine par arme à feu. Epanchement purulent fétide. Empyème. Injections.

Celles-ci sont rendues immédiatement par la bouche. Guérison. (*Observations iatro-chirurgicales*, par Jos. Covillard, p. 267.)

M. de Flaviac, officier au régiment de Vaillac, reçut une mousquetade au côté gauche, qui lui rompit une côte, ce qui lassa la balle, de sorte qu'elle n'eut point de sortie. Je la cherchai, faisant situer en diverses sortes le malade ; mais ce fut en vain, ces efforts n'ayant réussi que pour tirer divers fragments de la côte.

Or, la plaie s'étant fermée dans un mois ou environ, il se fit un grand amas de boue dans la poitrine, qui lui causait une grande difficulté de respirer, avec une puanteur d'haleine ; et sur ce, ayant consulté avec MM. Arqué, Lauzier et Sillol, docteurs médecins, la conclusion porta de lui faire l'opération de l'empyème, ce que j'exécutai, et d'abord sortit abondance de matière purulente ; et d'autant que la putréfaction se démontrait par une grande et importune puanteur, je me servis de plusieurs injections détersives, lesquelles, à l'instant, étaient rendues par la bouche. Il garda longtemps un flux de ventre syntectique, c'est-à-dire, colliquatif, comme je crus, d'autant qu'il était accompagné de fièvre lente ; et de fait, ce gentilhomme devint sec, aride et atrophié. Je combattis contre ces indispositions durant trois mois, lesquels expirés, il se retira sain et gaillard, ayant recouvré son embonpoint.

Nous nous sommes plusieurs fois occupé, dans le cours de ce travail, de fistules bronchiques, donnant issue par l'expectoration aux épanchements contenus dans les plèvres, ce qui constitue la plus heureuse terminaison de la maladie.

Dans l'observation de Covillard, la balle qui avait blessé le poumon avait directement produit un accident de cette nature, et les suites n'en furent pas moins favorables, puisque la guérison fut obtenue. Il nous semble évident que des adhérences s'étaient produites entre la plaie du poumon et la paroi thoracique, comme le démontre la rapidité avec laquelle le malade rendait par la bouche les injections introduites dans sa blessure. Ces adhérences empêchaient le pus de tomber sur le diaphragme. Les surfaces de la plèvre étaient en partie restées intactes, et le pronostic pouvait être peu redoutable chez un jeune homme fort et bien portant.

OBSERVATION XXVII.

Plaie de poitrine par arme à feu. Épanchement de pus. Opération. On tombe au-dessous

du diaphragme. Mort. (STOKER, *Archiv. génér. de méd. deuxième série*, T. IV, *p.* 657.)

Un homme reçut à la région interscapulaire gauche une balle qui perfora le poumon, et se logea près de l'insertion du diaphragme. Il souffrit une douleur excessive, et de plus en plus forte, depuis le moment de l'accident jusqu'à sa mort, qui eut lieu un peu plus de quinze jours après. Les plus légers efforts pour le redressement du côté déterminaient de telles souffrances, qu'il se tenait constamment incliné du côté gauche. Quand le docteur Stoker le vit, le côté malade avait près de deux pouces de moins que l'autre. D'après cette circonstance et celle d'une respiration bronchique dans la portion postérieure et inférieure du thorax, on hésitait à admettre l'existence d'un empyème. Mais le docteur Stoker diagnostiqua cette maladie en s'appuyant sur le déplacement du cœur qui battait fortement à droite du sternum. L'opération fut pratiquée, mais l'opérateur, trompé par la rétraction remarquable du côté, pénétra au-dessous du diaphragme. Le malade mourut le lendemain. On trouva une vaste collection de pus dans la plèvre gauche, qui était tapissée, dans une grande étendue, par une couche de lymphe coagulable. La balle avait traversé le poumon de haut en bas, et d'arrière en avant ; son trajet était considérablement dilaté par l'épanchement, et était aussi tapissé par une couche de lymphe.

Les opérations d'empyème faites pour remédier aux épanchements produits par des corps étrangers introduits dans la poitrine, ont été assez fréquemment entreprises et généralement suivies de succès. M. Larrey a présenté à l'Académie de médecine deux malades qu'il avait guéris dans de semblables conditions. L'un avait été frappé d'une balle de gros calibre, qui avait pénétré dans le poumon, où elle déterminait une sécrétion purulente et la persistance d'une fistule costale. M. Larrey incisa la plaie, fit l'extraction de la balle, et la plaie fut en peu de temps complétement cicatrisée. L'autre malade avait offert une hydropisie de poitrine à la suite d'une cause semblable. M. Larrey en diagnostiqua la cause, pratiqua l'opération de l'empyème, et obtint encore un succès complet.

Le docteur Stoker eût également réussi en choisissant un des espaces intercostaux correspondant à l'épanchement, et il a fallu une grave erreur dans le choix du lieu d'élection, pour tomber au-dessous des insertions du diaphragme, ouvrir l'abdomen, et ne pas atteindre le foyer purulent, qui renfermait une vaste collection de pus.

OBSERVATION XXVIII.

Playe faite au haut du thorax, laquelle a été suivie d'un grand amas de pus dans la cavité d'icelui, qui a été vuidé par la paracentèse faite entre la cinquième et la sixième costes ; comme aussi par la bouche et l'urine en l'espace d'un jour. (MARCHETTIS, obs. IV, œuvres de Laforêt.)

Le fils d'un certain écrivain fut blessé au haut du thorax, jusques dans la cavité ; le pus ayant de la peine à sortir, cela fut cause qu'il s'y en fit un grand amas, ce qui m'obligea à venir à la paracentèse que je fis entre la cinquième et sixième côtes ; après quoi, ayant mis une tente, il en sortit le jour suivant deux livres de pus.

Ceci doit être remarqué, que le pus est sorti non-seulement par l'orifice de la playe, mais encore par la bouche, en grande abondance, comme aussi par les urines, à la quantité d'une livre et davantage par jour.

Quoique ces passages soyent assez connus, néanmoins, ils ne sont pas familiers à la nature, vu principalement que l'on avait fait une incision qui bailla issue à beaucoup de matière; mais ce patient étant jeune et robuste, la nature s'est servie de ses voyes ordinaires : ainsi il fut entièrement guéri dans l'espace d'un mois.

Ce fait de Marchettis, malgré son extrême concision, renferme des enseignements curieux, et nous avouons que nous en préférerions volontiers la trop grande briéveté aux longueurs interminables de la plupart de nos observations actuelles.

On voit que la suppuration d'une plaie pénétrante de poitrine peut, en s'accumulant dans la cavité de la plèvre, rendre l'opération de l'empyème nécessaire ; c'est là une indication importante qui, reconnue et remplie, est tout en faveur de la guérison. Le malade de Marchettis fut rétabli en un mois, et cependant le poumon communiquait avec le foyer de l'épanchement, puisque près d'une livre de pus fut rendue par la bouche, cet exemple montre combien les lésions traumatiques sont peu graves, comparées aux affections organiques et constitutionnelles.

OBSERVATION XXIX.

Hydrothorax. Opération de l'empyème au lieu d'élection ; ponction unique ; guérison.
(Duverney. *Hist. de l'Acad. roy. des sciences ;* année 1737, p. 172.)

Je fus appelé chez une femme hydropique, âgée de vingt-huit à trente ans. Le visage me parut maigre, les yeux enfoncés, décharnés et languissants; elle respirait avec peine, et ne pouvait demeurer dans aucune situation qu'à demi courbée.

Avant que de passer à aucun autre examen, je m'informai s'il y avait longtemps qu'elle était dans cet état, et ce qui avait précédé sa maladie. On me dit qu'avant qu'elle s'alitât, c'était une femme fort vive et d'un très-bon tempérament; qu'il y avait trois mois qu'il lui survint une grande douleur au côté droit, avec une fièvre continuelle; qu'on l'avait saignée plusieurs fois, et employé les remèdes ordinaires en pareille occasion. La douleur ayant beaucoup diminué, il lui resta une petite fièvre lente, accompagnée de quelque peine à respirer : ce que l'on regarda comme une suite de son mal.

La malade, dans cet état, se remit peu à peu à sa manière ordinaire de vivre, et à agir autant que ses forces le lui permettaient.

Les pieds et les mains devinrent enflés, surtout la main et le pied droits; le visage et les côtés bouffis de temps en temps; enfin le ventre aussi parut enflé, la respiration fut pénible et difficile, et la malade s'alita ; elle fut encore saignée, et on lui fit différents remèdes sans que cela empêchât les accidents d'augmenter.

J'examinai alors le pouls, que je trouvai petit, inégal et pressé; le ventre ne me parut pas assez tendu pour causer seul tous ces symptômes ; ce qui me confirma dans la pensée que j'avais eue dès que je vis la malade, qu'il y avait de l'eau dans la poitrine. Je jugeai à propos de commencer par la ponction au ventre, et vidai quatre à cinq pintes d'eau au plus, qui était tout ce qu'il y en avait. La malade se sentit un peu soulagée, sans pouvoir néanmoins se tenir couchée sur le côté gauche. Au bout de quelques jours, tous les symptômes redevinrent aussi pressants qu'ils étaient avant l'opération, quoique le ventre n'eût pas grossi de nouveau.

Je fis résoudre la malade à souffrir la ponction à la poitrine. J'appréhendais cependant que la collection ne fût enkystée, ou le poumon adhérent à la plèvre, à cause de la douleur qui avait précédé; ce qui me fit examiner avec attention le côté malade, savoir : si la douleur était plus grande dans un endroit que dans un autre; si la peau était émincée, et la couleur changée; si, en retenant la respiration et en se courbant sur le côté opposé, il ne paraissait point quelque bouffissure au côté malade, et si cette dame n'y sentait point alors quelque tiraillement. Après toutes ces précautions, je piquai entre la seconde et la troisième des fausses côtes, le plus près de l'épine que je pus; et je vidai environ trois demi-setiers d'une sérosité mucilagineuse et semblable à de la forte tisane citronnée; ensuite, je fis sur tout le côté un liniment avec les huiles de térébenthine et de millepertuis et l'esprit-de-vin. Je fis garder à la malade le même régime que j'ai écrit

dans mes observations de 1679, que j'eus l'honneur de lire à la Compagnie en 1701.

La malade fut soulagée de toutes manières; elle dormit et respira avec liberté, en quelque situation qu'elle se mît; enfin, un petit flux d'urine qui survint, acheva heureusement ce qu'on avait commencé, et cette dame se vit dans un mois en état de vaquer à ses affaires.

Ici l'indication fut bien remplie. Les signes généraux avaient prouvé de la manière la plus manifeste que de l'eau était épanchée dans la poitrine, et comme la paracentèse avait dissipé l'ascite, elle devait également réussir pour l'hydrothorax. Une seule ponction suffisait dans l'espoir conçu par Duverney de prévenir le retour de l'épanchement par un traitement approprié qui réussit. Dans ce cas, la plèvre n'aura pas contracté d'adhérences, l'hydrothorax étant essentiel ou au moins non pleurétique, et la guérison a pu être très-rapide.

OBSERVATION XXX.

Hydrothorax du côté droit; ponction avec le trois-quarts. Introduction dans la plaie d'un bout de sonde de gomme élastique. Accidents le dixième jour. Injections. Écoulement continu et spontané du liquide. Guérison avec fistule. (Roux, *Gaz. méd.*, ann. 1836, p. 734.)

M. Ch..., âgé de 32 ans, d'une constitution en apparence lymphatique, quoique d'un caractère très-irritable, avait éprouvé d'assez violentes douleurs dans le côté droit de la poitrine, douleurs qu'on croyait rhumatismales. Quoi qu'il en soit, après quinze ou dix-huit mois d'attente, il se rendit à Paris pour consulter M. Roux. Celui-ci avoue que jamais il n'avait vu les symptômes d'un épanchement thoracique mieux caractérisés. Telle était l'ampliation de ce côté de la poitrine, qu'il en était bombé, et les espaces intercostaux sensiblement élargis. La percussion des deux tiers inférieurs rendait un son mat; la partie antérieure et supérieure résonnait bien, et l'oreille y entendait distinctement le bruit respiratoire. Du reste, la respiration était si courte et si gênée, que le malade ne pouvait se livrer au moindre exercice sans étouffer; les nuits, il les passait presque assis sur son lit.

On avait inutilement essayé de tous les moyens que pouvait conseiller une sage thérapeutique; il ne restait qu'une ressource, c'était de donner issue au liquide épanché. D'abord M. Roux eut la pensée de faire une ponction avec un trois-quart, de laisser couler une partie du liquide retenu dans la cavité des plèvres, puis de fermer hermétiquement

les lèvres de la plaie, et de recommencer à des intervalles rapprochés, jusqu'à ce que la poitrine fût entièrement vidée., Mais obligé d'aller opérer le malade à Fontainebleau, et, par conséquent, privé de le voir aussi souvent qu'il l'aurait voulu, M. Roux dut abandonner ses premiers projets. Il fit d'abord une incision à la peau, entre le quatrième et le cinquième espace intercostal, en coulant de bas en haut, de sorte que le trois-quart n'eût qu'à traverser le plan des muscles intercostaux et la plèvre, pour pénétrer dans la poitrine. A peine cet instrument fut-il retiré, qu'il sortit par la canule une sérosité un peu trouble et contenant quelques flocons. On n'en laissa couler qu'environ douze à quinze onces; mais on substitua à la canule d'argent une sonde en gomme élastique, et tous les deux jours on la débouchait pour procurer une nouvelle évacuation à peu près égale à la première. Immédiatement après l'opération, le malade se sentit sensiblement soulagé. Tout alla bien jusqu'au dixième jour. A cette époque, et cela sans cause apparente, le malade est pris tout à coup d'une vive douleur du même côté; il perd l'appétit; fièvre; langue sèche et brûlante; respiration difficile; prostration des forces, etc. Dès lors, le liquide épanché changea de nature; il devint lactescent, purulent, d'une odeur infecte.

On substitue les boissons émollientes aux diurétiques qu'on avait prescrites; on fait des injections dans le thorax avec une décoction d'orge, à laquelle on avait ajouté un peu de miel rosat. Au seizième jour de l'opération, il était sorti environ six litres de liquide de l'intérieur de cette poitrine. J'oubliais de dire que, pour en faciliter l'évacuation, le médecin ordinaire du malade, M. Leblanc, s'aidait souvent d'une seringue. Cependant l'orage se calma peu à peu; le liquide épanché perdit sa mauvaise odeur; il devint entièrement purulent; il s'en écoulait deux ou trois onces à chaque pansement, indépendamment de ce qui pouvait imprégner les pièces de l'appareil et la mèche qui avait été introduite dans les lèvres de la plaie pour en prévenir la réunion. Finalement, le malade vécut plus de quatre ans après l'opération, assez bien portant pour reprendre ses occupations, mais toujours contraint à beaucoup de ménagements, dont la violence de son caractère s'accommodait assez mal. Il est mort d'une inflammation du poumon gauche.

M. le professeur Roux considère, avec raison, l'introduction de l'air dans la cavité des plèvres comme une complication des plus graves, et il s'explique ainsi les dangers de l'opération de l'empyème ; aussi il fit dans l'observation que nous venons de rapporter, une première incision à la peau dans l'intervalle des quatrième et cinquième côtes, et y plongea ensuite un trois-quarts dont la canule lui servit à évacuer quatre à cinq cents grammes de liquide. Jusque-là M. Roux avait suivi la pratique la plus ancienne, et il s'en écartait peu en substituant sur-le-champ à la canule un bout de sonde de gomme élastique, que l'on débouchait tous les deux jours pour donner issue à la matière épanchée.

Ce procédé permettait de se rendre maître de l'écoulement de la sérosité, et de ne l'opérer que peu à peu, précepte qu'Hippocrate

avait donné d'une manière formelle et qu'il réalisait en trépanant directement une côte : moyen certain d'empêcher le suintement et la trop prompte évacuation du liquide.

Nous croyons cependant qu'en règle générale on pourrait ouvrir la sonde à des intervalles plus rapprochés que tous les deux jours, car le chirurgien se propose d'enlever plus de matière qu'il n'en est sécrété, afin de forcer la paroi thoracique et surtout le poumon à remplir le vide que l'on a produit; et, comme, chaque jour, une certaine quantité de sérosité s'épanche de nouveau, il est important de ne pas la laisser s'accumuler, dans la crainte qu'elle ne dilate la plèvre, ne refoule les organes voisins et n'annihile les résultats déjà obtenus.

Il y a donc avantage à suivre les préceptes de l'école grecque et à ouvrir la sonde toutes les vingt-quatre heures, ou même plus tôt, avec la précaution de proportionner la somme du liquide évacué à celle de la sécrétion. Si cette dernière était stationnaire, toutefois, il faudrait attendre plus longtemps : car il serait peut-être dangereux de diminuer trop rapidement la pression que l'épanchement exerce sur la plèvre. Sous ce rapport, nous croyons devoir recommander la conduite de M. Roux, qui ne fit sortir le premier jour que quatre à cinq cents grammes de sérosité ; de cette manière on active peu la sécrétion, tandis qu'autrement, on déterminerait une véritable pluie séreuse à la surface du foyer, le sang se précipitant vers les vaisseaux dont l'entrée lui avait été en partie interdite par l'état de compression où ils se trouvaient précédemment. On doit, au reste, se guider à cet égard sur le volume de l'épanchement et l'imminence de la suffocation.

Un autre point sur lequel nous voulons appeler particulièrement l'attention, est l'aggravation subite survenue au dixième jour, et manifestée par le mauvais état du liquide devenu purulent et d'une odeur infecte, en même temps qu'il y avait douleur de côté, perte d'appétit, fièvre, langue sèche et brûlante, respiration difficile.

Est-ce d'après l'observation de pareils phénomènes qu'Hippocrate recommandait les injections au dixième jour ? Le fait n'est pas impossible ; car, pour donner plus de poids à cette supposition, ce

furent des injections d'eau d'orge miellée qui firent disparaître les accidents.

Il paraît qu'une mèche fut plus tard substituée à la canule pour empêcher l'occlusion de la plaie qui resta fistuleuse et continua à rendre un peu de pus, pendant les quatre années que le malade vécut encore. Peut-être y aurait-il eu de l'avantage à employer une canule assez large pour évacuer aisément le pus, lorsqu'il eût repris des caractères de bénignité ; car l'expérience des modernes justifie complétement cette pratique.

OBSERVATION XXXI.

Hydropisie du péricarde guérie par la ponction, en un mois. (SÉNAC, chap. VII, *de la structure du cœur*, p. 366, édit. 1749, in-4°.)

Un palefrenier de la grande écurie du roi avait été guéri d'une pleurésie ; il fut saisi d'un étouffement qui ne lui permettait de respirer que lorsqu'il était assis ; l'oppression était si grande qu'il n'aurait pas vécu quatre heures ; dans un danger si pressant, je n'hésitai pas à faire ouvrir la poitrine, il en sortit six pintes d'eau jaune et claire; elle continua à s'écouler pendant quelques jours ; enfin, dans un mois, le malade fut parfaitement rétabli ; il a suivi le roi à la chasse pendant plus de dix ans.

Malgré des détails insuffisants et un diagnostic erroné, cette observation n'en est pas moins remarquable, et nous sommes étonné que Sénac n'en ait pas apprécié l'importance. Comment admettre que six pintes d'eau aient pu s'épancher dans le péricarde, sans occasionner la mort? Il s'agissait donc d'une pleurésie ; la poitrine fut ouverte et la plaie continua pendant plusieurs jours à donner issue au liquide ; en un mois la guérison était obtenue; nous croyons pouvoir en conclure que l'hydrothorax était essentiel, la plèvre saine et qu'aucune adhérence ne s'était formée, ce qui explique la rapidité de la cure et le silence de Sénac sur les caractères du liquide qui probablement ne changèrent pas.

Ce fait et celui de Duverney (obs. XXIX) nous donnent le sens du

passage d'Hippocrate où il est dit que la mort arrive si du pus ne se montre pas, le cinquième jour, dans la plaie. Il n'est pas évidemment question du liquide épanché, mais seulement de la présence du pus dans la plaie, ainsi que nous l'avons déjà indiqué.

OBSERVATION XXXII.

Hydrothorax. Ponction au lieu d'élection. Disparition des accidents. Occlusion de la plaie. Retour de la suffocation et de la fièvre, le septième jour. Opération de l'empyème. Guérison. (MORAND. *Mém. de l'Acad. de Chirurg.*, T. II, p. 382. In-8. Paris, 1819).

Un ecclésiastique, âgé de vingt-deux ans, d'un bon tempérament, ayant eu de la fièvre pendant quelques jours, fut attaqué, le 16 mars 1751, de la rougeole avec les symptômes les plus simples, et la circonstance heureuse d'une sueur abondante, qui semblait promettre une guérison prompte. Du 18 au 19 du mois, la sueur s'arrêta, et la rougeole disparut entièrement.

Alors la fièvre augmenta, le malade perdit tout à fait le sommeil; il se plaignit de douleurs à la tête, au cou, à toute la région épigastrique, principalement à l'hypocondre gauche et à la poitrine du même côté. La médecine opposa tous les secours convenables à ces accidents; mais ce fut en vain, car ils devinrent plus considérables; il s'y joignit une enflure œdémateuse dans tout le côté gauche du corps; les douleurs de poitrine augmentèrent, avec difficulté de respirer, et l'étouffement fut porté peu à peu au point que le malade avait de la peine à se remuer, même à cracher et à parler; il ne pouvait rester que couché sur le dos, un peu incliné en devant; il avait les yeux retirés; il tombait fréquemment en faiblesse, et l'on désespérait de sa vie, lorsque je fus mandé, le 7 mai, pour le voir.

Après avoir entendu le détail que je viens de faire, j'examinai toutes les circonstances de la maladie, et je ne fus pas longtemps à me décider. Je prononçai qu'il y avait de l'eau dans la poitrine du côté gauche, et qu'il ne restait d'autre ressource que de l'ouvrir. Je dois à M. Munier, médecin ordinaire du malade, et à M. Vernage, qui avait été consulté la veille, la justice de déclarer qu'ils avaient porté le même jugement : ils avaient dit que la chirurgie seule pouvait secourir le malade.

On prit un rendez-vous pour l'après-midi; M. Moreau, qui avait vu le malade séparément, et M. Louis, s'y trouvèrent. Il n'est pas hors de propos de dire ici que j'éprouvai encore ce qui m'était déjà arrivé plusieurs fois dans des cas à peu près semblables.

Si le chirurgien n'avait à prononcer que sur des abcès superficiels avec fluctuation sensible, élévation et pointe au milieu de la tumeur, ou tel autre symptôme aussi apparent, il lui serait bien inutile de passer ses premières années à se faire une théorie qui lui apprenne le prix des signes rationnels; c'est à la lumière de ces signes que j'ai attaqué en plusieurs

occasions des dépôts dont la matière était fort éloignée de mes doigts, et j'y ai été heureux. Cependant les opinions se partagent quelquefois, et il a pu arriver que le chirurgien n'ait pas secouru des malades dans des circonstances pareilles, dans la crainte de se tromper et de compromettre sa réputation; crainte qu'il faut, dans ces moments critiques, sacrifier généreusement à l'envie de sauver celui qui est confié à nos soins.

Dans le cas dont je fais l'histoire, quelques incertitudes jetées dans l'assemblée de ceux qui étaient venus au secours du malade, m'engagèrent à proposer de lui faire la ponction dans le lieu de l'élection déterminé par les règles de l'art pour l'opération de l'empyème, et je demandai avec confiance plusieurs vaisseaux pour recevoir l'eau.

Le malade étant donc assis dans son lit, le corps penché en devant, et soutenu par plusieurs assistants, je lui fis la ponction avec un trois-quarts ordinaire, au travers d'une bouffissure de plus d'un grand pouce d'épaisseur, que j'avais aplatie par une forte compression du bout du doigt, pour décider précisément l'espace intercostal, et plonger l'instrument entre deux côtes, dans une distance à peu près égale de l'une à l'autre. Le poinçon étant tiré, l'eau sortit par la canule à plein jet, et par secousses qui répondaient aux mouvements de la respiration; on en mesura cinq pintes, sans celle qui ne put être reçue dans les vaisseaux; ce qui faisait près de six en tout. Celle qui vint la dernière était purulente, et à la quantité d'un petit verre.

Ce n'est point une exagération de dire que le malade parut revenir de la mort à la vie. Lorsqu'il entendit le bruit de la cascade, et qu'il sentit sa respiration lui être rendue à mesure que l'eau sortait, il exprima sa reconnaissance et sa joie avec l'éloquence de la nature. L'eau coulait encore, lorsque je retirai la canule pour laisser au poumon le temps de se développer, et au diaphragme, celui de se voûter vers la poitrine sans causer de révolution trop subite.

Le malade fut alors en état de se coucher à son aise; son pouls se ranima, il eut du sommeil et des moiteurs douces; mais l'oppression, revenue insensiblement, et portée en sept jours à un point qui n'était plus supportable, m'engagea à faire le 14 de mai l'opération de l'empyème dans l'endroit où j'avais fait la ponction, et je tirai encore cinq pintes d'eau, mêlée, sur la fin de l'évacuation, d'une plus grande quantité de pus que la première fois.

Le malade fut pansé en premier appareil avec une bandelette de linge, qui, à quelques pouces près, fut insinuée dans la poitrine avec la sonde destinée à cet usage: j'y substituai par la suite une tente plate et mollette, chargée d'un digestif que je faisais faire sur-le-champ, et simplement avec la moitié d'un jaune d'œuf et douze gouttes de soufre térébenthiné.

Au moyen de cette opération, le calme se rétablit; il survint au malade de petites sueurs semblables à celles dont il avait été tout à coup privé lors de son accident; la fièvre diminua, les urines devinrent abondantes, et leur quantité surpassait la boisso. Le malade désenfla en assez peu de temps; mais il passa insensiblement à un état bien contraire, et il tomba dans un marasme si affreux, qu'on désespéra une seconde fois de sa vie.

Cependant on soutenait le peu de force qui lui restait; on le nourrissait pour réparer sa maigreur et les pertes qu'il faisait journellement par sa plaie. On essaya dans ce temps (c'était la fin de mai) de le mettre au lait pour toute nourriture, et il soutint assez bien ce régime jusqu'à la fin de juillet.

Dès le 10 du mois de juin, tous les accidents qui tenaient purement à la maladie de poitrine avaient disparu, les forces étaient ranimées, la maigreur était moindre, les chairs de la plaie extérieure, jusqu'alors molles et peu vives, avaient pris une bonne consistance et

une couleur vermeille. Enfin la plaie diminua peu à peu de grandeur, et l'introduction de la tente devint plus difficile.

Je me souviens volontiers de la satisfaction que j'eus pour lors de croire le malade sauvé; mais le dépérissement dans lequel je l'avais vu, la grandeur du dépôt, la crainte d'une rechute, me firent juger que je devais m'opposer à l'entière cicatrisation de la plaie, et qu'au risque d'une fistule que je favoriserais peut-être, il fallait insinuer une canule d'argent dans la poitrine. Cette canule, aplatie conformément à l'interstice des côtes, laissait un échappement libre à la matière, et permettait de faire des injections détersives dans la poitrine. Cette conduite fut soutenue jusqu'au 3 du mois d'août.

Pendant ce temps-là on avait peine à retenir le malade sur son appétit, tant le besoin naturel de la réparation était vif; il reprenait chair, et la canule le gênait dans les mouvements de la respiration. Alors je le pansai avec une tente plate et fort mince d'emplâtre de Nuremberg; chaque fois qu'on en changeait, on portait la sonde creuse dans la poitrine pour vider le peu de matière qui pouvait y séjourner, et il en sortait toujours, mais en diminuant peu à peu de quantité, une eau jaunâtre assez claire, mêlée sur la fin d'un peu de pus et de quantité de bulles d'air.

Depuis le 7 septembre le malade ne fut plus pansé qu'une fois par jour; la plaie ne fournissait chaque fois qu'environ une demi-cuillerée de matière, qui continua d'être séreuse jusqu'au 15 de novembre, et ensuite tout à fait purulente jusqu'au 25 décembre que la plaie fut exactement fermée. Au commencement de l'année 1752, cet ecclésiastique jouissait de la plus parfaite santé, et suivit les exercices de son état.

Ce beau succès de Morand a vivement frappé l'attention des chirurgiens, par la précision du diagnostic, la hardiesse de l'opérateur, et l'heureuse issue d'une maladie dont les exemples de guérison sont des plus rares. Cependant, il nous paraît évident qu'il eût mieux valu entretenir la plaie de la première ponction, afin de donner successivement issue au liquide, et d'empêcher l'épanchement de revenir à son premier volume et de ramener tous les accidents. Telle était la conduite recommandée par Hippocrate, qui employait habituellement l'incision ordinaire, et quelquefois la trépanation d'une côte, pour évacuer la sérosité. Il est assez remarquable de voir M. Reybard revenir à cette manière de faire, et en montrer les avantages par un exemple de succès qu'il a fait connaître à l'Académie Royale de médecine. Il est probable que, du temps des Grecs, on fermait l'ouverture de la côte avec un forêt, tandis que M. Reybard y avait placé sa canule à soupape, qui est construite de manière à laisser sortir le liquide épanché, sans permettre l'introduction de l'air dans la cavité de la poitrine.

Le pus qui s'échappa en petite quantité, à la suite de la sérosité, et qui la remplaça complétement un peu plus tard, eût

fait porter un pronostic favorable à l'école hippocratique, et nous croyons que l'importance accordée par les anciens à la sécrétion du pus, dans le cas d'épanchements séreux, tenait à l'observation vraie, de l'impossibilité où sont les chairs trop œdémateuses et le sang trop aqueux de fournir des matériaux suffisants à l'inflammation curative. Si l'auscultation eût existé, elle eût permis à Morand de constater l'état de la poitrine; et il se serait assuré que le poumon s'était développé et avait repris, en partie au moins, ses fonctions, puisqu'il n'y a pas, en général, de fausse membrane dans le véritable hydrothorax, et que, dans le cas où il s'en fût formé une, elle devait être trop mince pour s'opposer à l'expansion pulmonaire. Aussi Morand ne fait-il nullement mention du rétrécissement de la poitrine comme phénomène consécutif à la guérison, et l'on doit supposer que la déformation était nulle ou peu marquée.

OBSERVATION XXXIII.

Hydrothorax droit. Ponction, cicatrisation de la plaie. Retour des accidents. Térébration d'une côte. Emploi de la canule à soupape. Guérison. (REYBARD. *Gaz. méd.*, janvier 1841.)

Parmi les pauvres que je visitais dans la commune de Sainte-Claire, près Annonay, pour M. le comte de Vogué, je rencontrai, le 12 juin 1834, un orphelin, nommé Jobert, âgé de dix-sept ans, malade depuis environ deux mois, et couché sur la paille dans une chaumière humide et exposée à tous les airs. Il avait de la fièvre, le pouls très-fréquent et très-développé; la langue était un peu rouge à sa pointe; la soif était vive, et il ressentait à la région épigastrique une douleur que la pression augmentait. Assez souvent, il avait de la diarrhée, provoquée sans doute par la mauvaise nourriture qu'il prenait. Le malade était pâle, maigre, et avait la figure bouffie. Son teint était paille, tout son corps œdématié. L'enflure, qui était considérable vers le côté sur lequel le malade se couchait, formait, en arrière et en avant de la poitrine, un bourrelet si considérable, qu'on eût dit que le malade avait une énorme gibbosité. Depuis un mois, il ne se levait plus, était faible et très-oppressé. La toux revenait fréquemment, et surtout par quintes pénibles, lorsqu'il se retournait dans son lit. Les crachats étaient rares et muqueux. Jobert me raconta que sa maladie avait débuté par une pleurésie avec crachement de sang; qu'après avoir gardé le lit cinq à six jours, il s'était levé

et avait voulu, mais vainement, reprendre son travail. Il quitta alors ses maîtres pour se retirer à Sainte-Claire, chez une vieille grand'mère très-pauvre.

La maladie était si avancée que je n'eus pas de peine à constater, au moyen de l'exploration de la poitrine, l'existence d'un épanchement dans la cavité droite. Je décidai le malade à venir à l'hôpital d'Annonay, que je dirigeais alors comme chirurgien en chef, et, deux jours après, il y fut amené. Durant les quinze jours qui s'écoulèrent avant son opération, il fut visité par mes estimables confrères Desgrands et Alléon, qui purent constater la rapidité effrayante avec laquelle l'épanchement augmentait. L'oppression devint si forte que le malade ne pouvait plus se remuer, ni se retourner dans son lit, sans éprouver une quinte de toux ou une menace de suffocation; aussi restait-il toujours couché sur le côté droit depuis environ trois semaines. La cavité thoracique gauche, que le liquide ne gagnait pas, laissait apercevoir les battements du cœur presque à nu sous les côtes, dans la plus grande étendue de la poitrine. La cavité droite de cette dernière était si considérablement dilatée par la matière épanchée, que le médiastin, refoulé à gauche, entraînait le cœur de ce côté, et l'appliquait avec force sous les côtes, où ses mouvements semblaient résulter plutôt de frémissements que de contractions ou de dilatations.

Cette disposition était si prononcée, que mes confrères crurent à l'existence d'une maladie du cœur, à laquelle ils attribuaient la plupart des symptômes offerts par le malade. Aussi étais-je peu encouragé à recourir à l'opération, que je pratiquai néanmoins le 20 juin, quoique le malade parût très-peu en état de la supporter.

Dans ce doute, et peu encouragé d'autre part par mes confrères qui redoutaient la complication d'une affection du cœur, je me bornai pour le moment à faire une ponction entre la sixième et la septième côte sternale, à peu près vers le milieu de l'espace compris entre la colonne vertébrale et le sternum, et retirai ainsi de la poitrine 4 kilos 1/4 d'un liquide séro-albumineux, inodore, ressemblant à du petit-lait trouble, et contenant quelques flocons albumineux. Aussitôt que j'eus retiré le poinçon de la canule la matière fut lancée à 10 pieds du lit, quoique, pour s'échapper, elle fût obligée de traverser la soupape ou morceau de peau de baudruche que j'y avais attaché. A mesure que le liquide sortait, le malade éprouvait un bien-être qu'il ne savait définir, croyait revenir à la vie et sentait ses forces se ranimer. Lorsque la poitrine fut entièrement débarrassée, et que la matière ne coulait plus que goutte à goutte, je fis coucher le malade horizontalement et sur le côté, afin de l'amasser autour de la canule ou dans le lieu le plus rapproché de l'ouverture.

Enfin, au bout de quelques minutes, lorsque l'écoulement eut cessé, je retirai la canule, et appliquai sur l'ouverture un emplâtre de diachylon. Tant que le fluide s'échappa avec force, sa sortie eut lieu par jet continu; mais lorsque la force d'expulsion eut diminué, ou plutôt lorsque le fluide fut déjà évacué en grande partie, le jet cessa d'être continu; il se fit par saccade, et la matière ne coula plus avec force que pendant l'expiration. Or, si la canule n'avait pas été garnie d'une soupape, l'air serait indubitablement entré dans la poitrine, aurait vicié le pus et reproduit en même temps l'inflammation de la plèvre, ce qui eût probablement entraîné la mort du malade.

On remarquait, en effet, que le boyau de chat adapté à la canule se fronçait et fermait exactement son ouverture dans chaque inspiration que faisait le malade, et que le fluide ne coulait avec aisance que pendant l'expiration. Cette disposition annonçait très-positivement que le poumon affaisé se relevait et reprenait le jeu de ses mouvements.

Le jeune malade, auquel l'exercice du poumon droit avait déjà permis de respirer plus

librement pendant l'opération, continua à se sentir mieux lorsque je l'eus fait réchauffer en entourant ses membres avec des linges chauds, et en lui donnant de temps en temps, tantôt du bouillon, tantôt des infusions chaudes. Il dormit paisiblement durant cinq à six heures de la nuit, et se réveilla avec une douce transpiration. Je prescrivis une boisson gommeuse nitrée et un vésicatoire au bras ; des cataplasmes très-chauds furent appliqués sur la poitrine et dissipèrent très-promptement l'enflure. Les crachats prirent de la consistance, la toux devint rare, et cessa même complétement au bout de deux ou trois jours, en sorte que je pus croire à une guérison radicale. Malgré cela, j'appliquai encore plusieurs vésicatoires sur le thorax.

Au dix-huitième jour de l'opération, il y eut quelques légers frissons et un peu de fièvre; il survint aussi un peu de géne dans la respiration, une toux sèche et rare, et de la matité dans la poitrine, etc. Tous ces symptômes augmentèrent graduellement pendant quinze jours, en sorte qu'au trentième leur développement autorisait à répéter l'opération. J'aurais probablement fait à cette époque une nouvelle ponction, si je n'en eusse été empêché par un voyage d'une huitaine de jours. Le malade ne put donc être opéré de nouveau que quarante jours après la première ponction. Il y avait alors cinq à six jours qu'il avait craché le pus, d'où je conclus que celui-ci, après avoir détruit, ulcéré le poumon, s'était frayé une issue à travers les bronches. Quoiqu'il fût permis de supposer que la matière purulente expectorée pouvait venir d'un dépôt primitivement formé dans le parenchyme pulmonaire, je pratiquai néanmoins l'opération de l'empyème, et cette fois par la térébration d'une côte.

Qu'on me permette de rapporter ici un petit accident qui m'arriva en retirant la canule de la poitrine. Lorsque je voulus retirer cet instrument, je le saisis par le bout que le morceau de baudruche recouvrait, et tirant sur lui, je le séparai de manière que l'air put s'introduire dans la poitrine par la canule restée dans la plaie. J'avais d'abord considéré cet accident comme de peu d'importance; mais la réflexion m'a démontré que quelques bulles d'air avaient été suffisantes pour vicier et dénaturer le peu de sérosité qui était resté épanchée dans la poitrine et en avait empêché l'absorption.

Convaincu depuis longtemps de la nécessité d'évacuer complétement et en une seule fois la matière épanchée dans la poitrine lors de l'opération de l'empyème, et de celle de laisser cette cavité ouverte après cette opération, pendant un certain temps, pour prévenir une nouvelle éruption purulente, je conseille de laisser à demeure, dans la plaie, une canule à soupape. Mais, comme celle-ci peut se déranger et enflammer la plaie, j'ai cherché, pour obvier à ces inconvénients, à ouvrir la poitrine en perçant une côte, afin de fixer avec solidité mon instrument dans l'ouverture de cet os.

Je fis donc à la peau, sur et dans la direction de la côte, une incision d'environ 54 millimètres vers le milieu de l'espace compris entre la colonne vertébrale et le sternum; je coupai ensuite les muscles en travers et découvris la côte que je perçai dans son milieu au moyen d'un foret que je tournais avec la main. Je pratiquai aisément un trou assez large pour admettre une canule du volume d'une sonde ordinaire, puis j'incisai la plèvre costale avec la pointe d'un scalpel à lame très-étroite, dit névrotôme. Lorsque j'eus pénétré dans la poitrine, ce que je reconnus à l'écoulement du pus, j'y plaçai la canule à soupape et la vissai dans le trou de la côte. Elle portait, près de son extrémité pectorale, un pas de vis destiné à cet usage. Aussitôt qu'elle fut mise en place, une matière purulente blanche, épaisse et d'une odeur fétide, s'en écoula d'une manière soutenue, puis intermittente, et seulement lorsque le malade faisait des efforts d'inspiration. Lorsque le pus fut presque entièrement évacué, je fis coucher le malade sur le côté opposé, afin que l'ouverture occu-

pant le point le plus déclive du foyer de l'épanchement, la matière pût continuer à couler insensiblement sur des linges destinés à la recevoir.

Aussitôt après l'opération, qui fut peu douloureuse, la toux fut plus rare, les crachats moins abondants. La respiration n'étant plus gênée, le malade eut plus de facilité à se mouvoir dans son lit. La fièvre diminua, le sommeil devint meilleur; l'appétit reparut, et les forces se relevèrent. La canule implantée dans la côte y fut laissée pendant quinze jours, durant lesquels elle ne se dérangea point. Si je la retirais de temps en temps, c'était pour la nettoyer ou changer la baudruche qui se corrompait. Je retirai d'abord environ 1 kilo 750 grammes de pus, et il s'en écoula encore beaucoup pendant les premiers jours qui suivirent l'opération; mais insensiblement sa quantité diminua, en sorte que le quinzième jour je pus retirer la canule de la plaie, et ne l'y replacer que momentanément soir et matin pour retirer le pus qui s'amassait dans l'intervalle d'un pansement à l'autre, et faire des injections d'eau tiède dans la poitrine. J'étais obligé, pour empêcher la plaie de se rétrécir, d'y introduire tantôt une mèche de linge, tantôt un morceau d'éponge préparée, taillée en pointe. Ces corps étrangers fermaient assez exactement la plaie pour empêcher l'écoulement du pus que j'obtenais à l'aide de la canule.

J'ai déjà indiqué que le pus qui constituait le second épanchement ayant acquis beaucoup d'âcreté, avait ulcéré le poumon, et que le malade en avait déjà craché huit jours avant l'opération, sans cesser pour cela d'être oppressé. On ne pouvait douter que le pus expectoré ne vînt de la même source ou du même foyer d'épanchement. S'il avait été fourni par un dépôt formé dans le parenchyme pulmonaire, le malade n'aurait pas éprouvé après la première opération un bien-être que je pris pour une guérison, ni entièrement cessé de tousser, et la fièvre ne l'eût pas complétement abandonné pendant trois semaines. Dans tous les cas, je ne tardai pas à obtenir la preuve de ce que j'avais avancé, lorsque je vis sortir quelques bulles d'air mêlé au pus lorsque le malade toussait ou faisait des efforts d'inspiration pour expulser les injections que j'avais poussées dans la poitrine. L'air venait réellement bien du poumon, d'où il s'échappait par une plaie de cet organe; complication toujours fâcheuse, non-seulement parce qu'il vicie la suppuration et entretient l'inflammation de la séreuse, mais encore parce que, comme corps étranger, il comprime toujours plus ou moins le poumon, qu'il éloigne de la plèvre costale avec laquelle il doit contracter des adhérences. C'est surtout dans le cas d'empyème où cette complication existe qu'il est essentiel de tenir constamment la poitrine ouverte, au moyen de ma canule à soupape laissée à demeure, afin d'empêcher l'accumulation du pus et de l'air qui retarderait la guérison. Il n'est cependant pas nécessaire que mon instrument séjourne dans la plaie de la poitrine, tant que celle du poumon n'est pas cicatrisée, car je l'ai retirée chez Jobert au bout de quinze jours, et le malade n'a pas moins guéri. A cette époque l'ouverture de la poitrine, quoique directe, était si étroite, que l'introduction de l'air extérieur dans cette cavité était impossible; la plaie de la peau s'était pour ainsi dire cicatrisée sur la canule, et son ouverture s'était rétrécie au point qu'on pouvait à peine y enfoncer une petite mèche pour empêcher sa cicatrisation. La première fois j'agrandissais cette ouverture de temps en temps, en y introduisant un morceau d'éponge préparée que j'enfonçais jusque sur la côte; mais ayant reconnu que ce moyen était douloureux et déterminait du gonflement dans la plaie, j'y renonçai et agrandis cette dernière par une incision transversale.

Le malade commença, quinze jours après, à se panser seul matin et soir. Je lui défendis de faire des efforts d'expiration pour chasser le pus en lui démontrant le danger de cette manœuvre. Je ne saurais trop insister sur la difficulté qu'on rencontre à prévenir la

cicatrisation de l'ouverture fistuleuse, ce qu'on ne prévient qu'en y introduisant une mèche ou un morceau d'éponge préparée. Il convient, dans tous les cas, de ne la laisser fermer que lorsque la suppuration est tarie et le foyer purulent détruit; car il suffirait de la rétention de quelques gouttes de matière purulente, pour renouveler ou étendre plus ou moins l'ancien foyer et donner lieu à une nouvelle collection purulente.

Deux mois après l'opération, la suppuration, qui avait beaucoup diminué, se supprima tout à coup, et, quoique la plaie fût libre, elle cessa de fournir du pus. Comme cette suppression fut subite, je me gardai bien de croire à la cicatrisation du foyer purulent; je continuai donc à recourir à la canule et aux mèches pour empêcher la cicatrisation. Au bout de quatre jours la plaie laissa couler une verrée de pus blanc, épais et très-odorant. Dès ce moment la suppuration reprit son cours ordinaire par la plaie, puis diminua insensiblement, jusqu'à parfaite guérison. Il ne se forma pas d'autre dépôt, parce que, m'étant aperçu que le trajet fistuleux devenait plus étendu, j'eus le soin d'enfoncer davantage la canule pour la faire parvenir jusqu'au foyer du dépôt, que l'épaississement de la plèvre costale ou l'organisation des pseudo-membranes éloignaient de plus en plus de l'ouverture extérieure. Malgré toutes ces précautions et la plus grande sollicitude, je n'ai pu obtenir la cicatrisation du dépôt et l'entière guérison du malade, qui jouit d'une santé parfaite, que quatre mois après l'opération de l'empyème par la térébration de la côte. Si cette guérison s'est fait attendre aussi longtemps, il faut l'attribuer à l'ulcération du poumon et à l'air qu'elle fournissait dans les pansements. En effet, cette dernière complication est une des plus fâcheuses, parce que l'air s'oppose à la réunion des plèvres et les irrite plus ou moins; en outre, la fistule pulmonaire peut encore fournir quelques mucosités purulentes.

Le malade dont nous venons de rapporter l'histoire était dans les conditions les plus défavorables. Constitution affaiblie par la misère et la maladie, épanchement séro-purulent, ulcération du poumon, et communication des bronches avec la cavité de la plèvre : que de causes fatales, et propres à décourager le plus habile praticien ! Cependant M. Reybard tenta la guérison, et réussit. Nous recommandons cet exemple aux détracteurs de l'opération de l'empyème, et nous les engageons à le joindre aux faits de même nature que nous leur avons donnés à méditer.

Avouons néanmoins que la première partie du traitement ne nous paraît pas irréprochable, et qu'une seule ponction, pratiquée en quarante jours, offrait peu de chances à la guérison. Ce fut, probablement, au reste, la réflexion de M. Reybard, puisque ce chirurgien se décida à donner une issue presque permanante ou fréquemment renouvelée à la matière de l'épanchement, en plaçant une canule à demeure dans la poitrine. Une côte fut perforée, comme au temps d'Hippocrate, il y vissa sa canule à soupape,

après l'avoir disposée à cet effet ; on fit de fréquentes injections d'eau diète, et quoique le liquide sécrété fût séro-purulent, il put s'écouler par la voie qui lui était offerte, et tous les accidents ne tardèrent pas à cesser.

Ne pourrait-on pas demander à M. Reybard à quoi lui servit, dans ce cas, la canule à soupape, puisque l'air arrivait dans la plèvre par une fistule bronchique ? Quoi qu'il en soit ni la térébration, ni la présence du corps étranger n'occasionnèrent la carie ni la nécrose de la côte. Si un pareil résultat ne devait pas être fort rare, il y aurait de l'avantage à appliquer plus souvent cet instrument : il vaudrait mieux certainement que l'espèce de robinet fait en gomme élastique, et destiné à être placé dans un espace intercostal, dont a parlé Pelletan, et devrait lui être préféré sous tous les rapports.

OBSERVATION XXXIV.

Hydrothorax. Ponctions successives, en laissant la plaie se cicatriser. Mort un mois après la première ponction, (Bégin. *Dict. de méd. et de chir. prat.* T. VII, p. 184.)

Un jeune homme robuste portait un hydrothorax considérable du côté gauche, suite d'une pleurésie aiguë. La douleur ni la fièvre n'existaient plus depuis 15 à 20 jours. Il éprouvait une gêne extrême dans la respiration, ne pouvait jouir que d'un sommeil interrompu, et était presque continuellement menacé de suffocation. Par une première ponction, j'évacuai un litre et demi d'une sérosité légèrement lactescente, contenant des flocons albumineux.... La réunion eut lieu par première intention. Six jours après, l'opération fut renouvelée, et on la répéta ainsi, évacuant à chaque fois, depuis un litre et demi jusqu'à deux litres de liquide. Celui-ci devint de plus en plus trouble et purulent. Le malade succomba un mois après, aux progrès de la maladie, mais sans avoir éprouvé d'accidents nouveaux. A l'autopsie, on trouva le poumon refoulé et fortement retenu dans son affaissement par une pseudo-membrane épaisse qui se rompit lorsqu'on insuffla le poumon. La plèvre costale était ramollie, usée, en grande partie détruite sur beaucoup de points.

L'examen cadavérique montra que la fausse membrane n'était pas assez solide pour résister à l'insufflation pulmonaire, et nous tirerons

plus loin les conséquences de ce fait. M. Bégin avait eu recours à des ponctions successives pour évacuer, tous les six jours, le liquide épanché. Cet habile chirurgien recommande beaucoup ce procédé, comme basé sur l'étude attentive du mécanisme des guérisons spontanées, et comme justifié par l'expérience. Nous ferons cependant remarquer que, dans le cas où l'épanchement se fait jour au dehors, l'ouverture produite reste ordinairement fistuleuse et offre une libre et constante issue aux liquides, et que des accidents en accompagnent l'occlusion; lorsqu'on emploie les ponctions répétées, le liquide, au contraire, peut s'accumuler dans leur intervalle. Quant aux succès, on n'en trouve pas un seul exemple dans les six volumes de clinique de Dupuytren, où il n'est question que d'un malade placé à la salle Saint-Jean, et chez lequel il se fit spontanément soixante et treize ouvertures dans l'espace d'une année; ce malade finit par périr, tandis qu'il eût probablement été sauvé, si on lui eût placé une canule à demeure dans la poitrine. M. Bégin a perdu les quatre malades qu'il a opérés; M. Faure en a vu mourir sept sur huit; et encore chez le seul qui guérit, la plaie était restée ouverte. On comprendra donc facilement notre opposition à une semblable pratique adoptée comme méthode générale, et nous nous réservons d'en démontrer les inconvénients.

OBSERVATION XXXV.

Épanchement pleurétique gauche; séro-purulent, ponctions successives; soulagement et amélioration.—Ouverture permanente faite à la poitrine au lieu d'élection. Mort. (BOYER. *Trait. des opér. chir.*)

M. T., chirurgien aide-major, fut attaqué en 1814 d'une pleurésie chronique, à la suite de laquelle il se forma un épanchement séro-purulent dans la cavité gauche de la poitrine. Dans l'espace de trois mois cet épanchement devint si considérable, que le malade respirait avec la plus grande difficulté, et qu'au moindre mouvement, même dans son lit, la suffocation devenait imminente : il ne pouvait se coucher que sur le côté droit, et il était obligé de se tenir presque assis dans son lit. Le côté gauche de la poitrine était énormément soulevé, les côtes fort écartées les unes des autres, et quoique le malade fût extrêmement maigre, les espaces intercostaux, au lieu d'être enfoncés, formaient des saillies très-remarquables. Pendant la toux, qui était sèche, fréquente et fort incommode

on sentait distinctement dans ces espaces, surtout dans les inférieurs, la fluctuation du liquide. Le cœur était tellement déplacé, que les battements se faisaient sentir à droite près de l'aisselle. Il n'y avait pas plus de doute sur l'épanchement que sur la nécessité de lui donner issue, et plusieurs des confrères de M. T. avaient décidé qu'on pratiquerait l'opération de l'empyème; mais avant de s'y décider, le malade désira consulter d'autres personnes, et je fus appelé. L'indication était positive et pressante; mais comme je craignais la sortie trop prompte du liquide, je fus d'avis de ne faire qu'une ponction. Un trois-quarts moins, gros encore que celui dont on se sert pour faire la ponction de l'hydrocèle, fut plongé entre la quatrième et la cinquième côte, en comptant de bas en haut, vers le milieu de l'espace compris entre la colonne vertébrale et l'appendice sternal. Le poinçon étant tiré, il coula par la canule un liquide séro-purulent, sans odeur, et semblable, en quelque sorte, à du petit-lait troublé. Cette évacuation soulagea beaucoup le malade; mais au bout de huit jours, les accidents étant revenus, on fit une autre ponction, puis une troisième, ensuite une quatrième, et chaque fois on lui laissait couler une plus grande quantité de liquide. Ces quatre ponctions furent pratiquées dans l'espace de six semaines. Après la troisième, le malade se trouva assez bien pour faire quelques promenades en voiture aux environs de Paris. L'amélioration fut plus grande encore après la quatrième, et alors M. T. crut pouvoir entreprendre un voyage de soixante-dix lieues pour retourner dans son pays. Arrivé au sein de sa famille, le chirurgien auquel il se confia, après avoir blâmé la conduite qu'on avait tenue, pratiqua l'opération de l'empyème, et vida complétement la poitrine. Bientôt le pus, qui jusque-là n'avait eu aucune odeur, en prit une très-fétide; la fièvre s'alluma, l'appétit se perdit, le dévoiement survint, et le malade mourut environ six semaines après l'opération.

On pourrait considérer cette observation comme opposée aux doctrines dont nous nous sommes constitué le défenseur. Quatre ponctions, en effet, pratiquées dans l'espace de six semaines, avaient assez amélioré l'état du malade pour lui permettre de retourner dans son pays. Boyer attribue même la mort à l'opération d'empyème, qui fut, en dernier lieu, pratiquée. Cependant, il est de toute évidence que les ponctions n'avaient été que palliatives, et que la réapparition des accidents nécessitait bientôt un nouveau coup de trois-quarts. Il aurait fallu, pour accorder quelque confiance à ce mode de traitement, s'assurer que la sécrétion du pus était réellement diminuée, et que les moyens thérapeutiques employés contre la pleurésie chronique avaient quelque action sur elle, et en amélioraient les symptômes. Autrement la mort était inévitable : car l'épanchement pleurétique se comporte comme tout abcès froid d'une grande étendue; la plaie des ponctions reste un jour fistuleuse, l'inflammation du foyer et la résorption se déclarent quand elles ne sont pas arrivées plus tôt, et la mort ne tarde pas à survenir.

Nous ignorons quelle fut l'opération pratiquée par le chirurgien du malade; mais nous doutons qu'elle ait eu sur l'issue de l'affection la fatale influence que lui attribue Boyer.

OBSERVATION XXXVI.

Hydrothorax. Opération. Amélioration d'abord, puis terminaison funeste. Cause de la mort révélée par l'autopsie; par M. Malle. *(Bull. de l'Acad. R. de Méd.*, 15 mars 1837, p. 405.)

Hydrothorax considérable. Paracentèse. Il s'écoule une énorme quantité de liquide, et, à mesure que la poitrine se vide, le malade se sent soulagé. Le mieux continue jusqu'au soir. La nuit, retour de la suffocation. Mort. A l'ouverture, on trouve le côté droit de la poitrine rempli par six litres de sérosité, le poumon refoulé et réduit au plus petit volume.

Nous avons rapporté cette observation dans le but de montrer avec quelle rapidité les épanchements sont susceptibles de se reproduire, et à quels dangers on s'expose quelquefois en refermant immédiatement la plaie qui a donné issue à une partie de la matière épanchée. En moins de vingt-quatre heures, six litres de sérosité avaient de nouveau distendu la poitrine, et cette sécrétion si considérable paraîtrait extraordinaire, si l'on ne savait qu'une véritable pluie de liquide s'opère à la surface des séreuses qui ont été longtemps le siége d'un vaste épanchement. Le sang, que la compression refoulait de dedans en dehors et éloignait de la plèvre, et qui ne pouvait pénétrer dans les vaisseaux voisins, s'y était précipité avec force aussitôt que la sérosité avait été évacuée. De là le précepte de vider peu à peu l'eau de la poitrine pour éviter cette supersécrétion, et de maintenir une canule dans la plaie. Si on eût eu cette ressource au moment où la suffocation reparut, on aurait prolongé la vie du malade si on ne l'eût pas guéri.

OBSERVATION XXXVII.

Pleurésie suraiguë. Opération de l'empyème. Mort. (BÉGIN. *Dict. de méd. et de chir. prat.* T. VII, *p.* 184.)

Un malade était en proie aux accidents produits par une pleurésie suraiguë; il allait périr suffoqué, lorsque la ponction lui fut faite. Une sérosité tellement sanguinolente qu'elle fut prise d'abord pour du sang pur, sortit par la canule du trois-quarts: deux litres et demi de cette matière furent évacués. Le malade éprouva un grand soulagement; mais les symptômes de l'inflammation ne furent ni arrêtés, ni modifiés, et entraînèrent la mort. La plèvre costale, aussi bien que celle qui revêt la surface du poumon, fut trouvée tapissée d'une couche épaisse de coagulum sanguin. Elle était rouge et parsemée d'arborisations vasculaires très-serrées, sans offrir d'ailleurs d'épaississement dans son tissu.

La mort rapide du malade, et la sortie d'une sérosité sanguinolente sont des phénomènes analogues à ceux de l'observation de M. Cruveilhier, que nous avons rapportée, et nous semblent contre-indiquer formellement l'opération de l'empyème pour la pleurésie à l'état aigu. Nous savons qu'un médecin a essayé, il y a quelques années, à l'Hôtel-Dieu, sur la foi d'un confrère anglais, d'appliquer l'opération de l'empyème aux épanchements pleurétiques aigus; mais la mort constante de ses malades le fit bientôt renoncer à cette funeste méthode. Cependant, dans le cas où l'épanchement serait assez considérable pour amener la suffocation et compromettre la vie mécaniquement et à lui seul, sans qu'on pût attribuer l'imminence du danger à la complication phlegmasique de la plèvre ni aux sympathies qu'elle exerce, nous croyons que l'évacuation du liquide donnerait au moins le temps d'appliquer le traitement convenable à la pleurésie, et retarderait une terminaison funeste et, dans le moment, certaine. Mais de pareils cas doivent être bien rares; et si l'on réfléchit que l'épanchement pleurétique joue un grand rôle dans la guérison, et qu'il peut apparaître ou se résorber avec une merveilleuse rapidité, on aura certainement plus de confiance dans l'emploi ordinaire d'un traitement énergique et bien dirigé.

OBSERVATION XXXVIII.

Épanchement traumatique de sang dans la cavité de la plèvre, sans plaie à la poitrine. Opération de l'empyème le treizième jour. Guérison. (ROUX, *Obs. inéd.*)

Un homme, d'une constitution assez vigoureuse, entra à l'Hôtel-Dieu pour une violente contusion du côté droit du thorax, et fut placé à la salle Saint-Martin, service de M. Roux. Cet habile chirurgien reconnut une fracture de plusieurs côtes, dont les fragments étaient enfoncés dans la poitrine; un léger emphysème sous les téguments; il constata, vers la septième et la huitième côte, l'ecchymose signalée par Valentin comme signe d'un épanchement sanguin. Ce dernier accident était, au reste, caractérisé par la matité, la gêne respiratoire, la suffocation, le décubitus sur le côté malade; et le treizième jour (19 juillet 1839), M. Roux ouvrit la poitrine par une incision pratiquée entre la septième et la huitième côtes, et en retira trois livres de sang; quelques jours plus tard, il sortit de la plaie un liquide purulent, et le malade ne tarda pas à se rétablir.

Cette observation nous paraît un modèle de conduite dans des cas de même nature. Reconnaître l'épanchement, en attendre la résolution, et lui donner issue lorsqu'il persiste; telles sont les trois indications qui ont été heureusement remplies.

OBSERVATION XXXIX.

Épanchement traumatique de sang dans la plèvre droite. Opération de l'empyème au lieu d'élection. Application d'une canule à soupape à demeure, bientôt remplacée par une mèche de linge. Guérison le trente-cinquième jour. (REYBARD, *Gaz. méd.*, 23 janvier 1841.)

Le nommé Antresangle, dit Balandrot, de Quintenas, ouvrier maçon à Annonay, âgé d'environ quarante ans, d'une constitution vigoureuse, reçut, le 17 février 1833, un coup de couteau sur la partie antérieure et droite de la poitrine, et me fut amené à minuit, pâle, tremblant et couvert d'une sueur froide.

L'instrument, qui avait pénétré dans la poitrine à travers l'espace intercostal com-

pris entre le cartilage de la troisième et de la quatrième côte sternale, avait entièrement et très-obliquement coupé le cartilage de la quatrième, et les muscles intercostaux voisins. La plaie, qui avait extérieurement cinquante-trois millimètres d'étendue, était oblique de haut en bas. Le poumon droit avait été intéressé plus ou moins profondément, car le malade a expectoré, pendant deux jours, du sang rouge et écumeux. La blessure avait fourni une très-grande quantité de sang, car les vêtements du malade en étaient imprégnés; mais l'hémorragie était, pour ainsi dire, suspendue lorsque je vis le malade. Une autre plaie, située à la partie externe de la cuisse, avait également laissé couler beaucoup de sang. Après avoir reconnu que la plaie de la poitrine était pénétrante, je la recouvris d'abord avec un emplâtre de diapalme; je réunis aussi celle de la cuisse par première intention, et fis porter le malade à l'hôpital, où je restai avec lui près de deux heures pour attendre que le spasme qu'il éprouvait fût dissipé, et que la chaleur fût un peu revenue. Pendant ce temps, je fus plusieurs fois tenté d'élargir la plaie, en l'étendant dans la direction des côtes, pour pratiquer la ligature de l'artère intercostale, et peut-être celle de la mammaire interne; car ces deux vaisseaux pouvaient être divisés. Mais si, d'un côté, l'hémorragie interne était probable, puisque la faiblesse du pouls et le refroidissement général subsistaient encore, d'un autre côté je considérais la formation du caillot qui fermait la plaie comme un excellent moyen de suspendre cet accident. La faiblesse du malade et la crainte que l'hémorragie ne fût produite par la blessure de quelques gros vaisseaux du cœur, furent de nouvelles raisons qui m'empêchèrent de tenter la ligature des artères, que je présumais divisées. Une heure et demie après son entrée à l'hôpital, le malade, qui était ivre et avait mangé avant l'accident, fut très-soulagé par le vomissement des matières qui surchargeaient son estomac. Au bout d'une demi-heure, le pouls se ranima, et la chaleur parut se rétablir; néanmoins, on continua à tenir des linges chauds sur les extrémités, et à lui donner quelques cuillerées d'infusion de tilleul.

Le lendemain, le pouls, quoique un peu plus fort qu'au moment de l'accident, restait cependant très-faible. La chaleur était revenue aux extrémités, encore couvertes d'une sueur gluante et froide; le malade était couché à la renverse et ne semblait pas oppressé; il toussait peu; les crachats étaient souvent teints de sang. La plaie, quoique très-étendue, ne donnait pas accès à l'air extérieur, parce que ses bords n'étaient pas écartés. J'eusse bien désiré introduire dans la poitrine une sonde recourbée, munie d'une soupape, avec laquelle j'aurais pu donner issue au sang épanché; mais la crainte de détacher le caillot qui avait suspendu l'hémorragie, et l'impossibilité de le retirer entièrement par cette ouverture placée trop haut, me firent abandonner ce projet. J'attendis donc, pour prendre une détermination, que d'autres symptômes se déclarassent, et que le malade fût dans le cas de se déplacer plus facilement; car, dans les premiers jours, la faiblesse était si grande qu'il ne pouvait ni n'osait changer de position, et que je fus obligé de le fortifier et de lui faire prendre des consommés pendant huit jours. Après ce temps, il éprouva des frissons, fut pris de fièvre, d'oppression et d'une douleur dans la poitrine. La percussion de cette dernière donnait un bruit sourd dans toute son étendue, excepté dans la partie supérieure et antérieure, où le son était clair. Le poumon, affaissé sur les côtés de la colonne vertébrale, ne laissait plus entendre le bruissement qui résulte de son développement pendant l'inspiration. Des taches d'un rouge-violet clair, s'étendant depuis l'angle des fausses-côtes jusqu'au bas des lombes, annonçaient l'existence de l'ecchymose de Valentin. Le côté droit de la poitirne était évidemment plus saillant que le gauche. Tous ces symptômes ne me laissaient aucun doute sur l'existence d'un épanchememt de

sang dans la poitrine, lequel avait très-probablement été fourni par les artères intercostale et mammaire interne. Je laissai cicatriser la plaie de la poitrine, parce qu'elle était trop éloignée et trop élevée pour permettre de retirer le sang épanché, et je préférai en établir une nouvelle à l'aide de l'opération de l'empyème dans le lieu d'élection.

L'ouverture de la poitrine ayant été faite suivant les préceptes de l'art, j'y plaçai aussitôt une canule à soupape, un peu plus forte que celle dont je m'étais servi dans un autre cas, et retirai par son moyen plus de deux litres et demi de sang corrompu, d'une extrême fétidité, ressemblant à de la lie de vin un peu épaisse. Il s'échappa aussi quelques bulles d'air infect et corrompu. Lorsque toute la matière d'épanchement fut évacuée, j'injectai de l'eau tiède dans la poitrine, pour délayer les caillots de sang que je supposais encore retenus dans cette cavité; puis laissant la canule à demeure dans la plaie, je l'y fixai avec l'emplâtre agglutinatif, qui ramenait encore sur elle les bords de l'ouverture. De longues bandelettes de diachylum gommé, croisées sur l'emplâtre, furent destinées à le fixer plus solidement.

L'opération, qui devait naturellement soulager le malade, en enlevant la cause qui avait fait naître la fièvre violente qu'il éprouvait, n'amena aucun changement avantageux dans son état; au contraire, le lendemain, la fièvre augmenta; la langue était sèche, jaune et brunâtre; les lèvres fuligineuses, l'œil fixe et l'air égaré; une très-grande prostration se faisait remarquer. Je prescrivis vingt sangsues sur le côté, et la moutarde aux jambes. Je fis administrer un lavement avec 69 grammes d'huile de ricin, qui relâcha le ventre, un peu météorisé. La canule fut retirée de la plaie, et remplacée par une mèche de linge effilé. Elle fut couverte, et ses bords furent rapprochés avec un emplâtre de diapalme. Le surlendemain, troisième jour de l'opération, les symptômes sont les mêmes; le malade avale difficilement sa tisane. Un lavement émollient est administré, et on tient des cataplasmes huilés sur le ventre et la poitrine, à cause de la toux, qui était plus fréquente qu'avant l'opération. L'expectoration devient facile, et les crachats sont épais et non sanguinolents. Jusqu'au sixième jour, mêmes phénomènes et même traitement. Le septième, un vésicatoire est placé au bras droit; la légère sueur que les cataplasmes ont provoquée devient générale: le malade paraît mieux et le délire plus faible. Du huitième au dixième jour, l'amélioration continue, la fièvre tombe, et le malade reprend connaissance. Dès ce moment, il entre pour ainsi dire en convalescence; la toux devient rare, et on accorde du bouillon aiguisé avec un jus de citron, et, le matin, une cuillerée de sirop de quinquina.

J'ai déjà annoncé que j'avais retiré la canule de la plaie, le lendemain de l'opération, et l'avais remplacée par une mèche de linge effilé, dans la crainte où j'étais que sa présence ne devînt une cause d'irritation capable de déterminer l'inflammation et d'entretenir la fièvre; je me bornai donc dès ce moment à panser le malade une fois dans les vingt-quatre heures; c'est-à-dire, à introduire la canule dans la plaie pour retirer le liquide, et à renouveler la mèche et l'emplâtre. Une quantité variable de matière sanieuse, roussâtre et généralement fétide, était retirée à chaque pansement. Il s'en échappait aussi, dans l'intervalle d'un pansement à l'autre, à travers la plaie, quoique ses rebords fussent rapprochés et recouverts avec un emplâtre agglutinatif. J'employai dans tous ces pansements les précautions déjà indiquées contre l'entrée de l'air extérieur dans la poitrine, pour favoriser l'entier écoulement de la matière épanchée. Le malade se tournait sur le côté droit, pendant que je faisais les injections, et retirais le liquide dont elles se composaient. Durant la fièvre, le malade était resté couché sur le dos; mais, le douzième jour, il put commencer à se coucher sur le côté, et bientôt garda constamment cette position.

Du douzième au quinzième jour, la suppuration diminua sensiblement de quantité, le pus devint plus lié, blanchâtre et moins fétide. J'abandonnai alors les injections, et à l'aide de la position et de la mèche avec laquelle j'entretenais la plaie ouverte, la plus grande partie des fluides nouvellement sécrétés par les surfaces séreuses enflammées s'écoulait par un suintement continuel, dans l'intervalle d'un pansement à l'autre, et je n'en retirais presque pas avec la canule que je portais dans la poitrine. Aussi, le vingtième jour, cessai-je de me servir de cet instrument; et lorsque parfois je m'en servais, je ne l'introduisais que dans la plaie, c'est-à-dire peu profondément. J'eus beaucoup de peine à empêcher l'entière cicatrisation de la plaie, et à la maintenir ouverte jusqu'au trente-cinquième jour. Depuis longtemps, elle ne consistait plus qu'en une petite ouverture fistuleuse qui recevait difficilement la petite mèche de linge que j'y introduisais.

Enfin, le trente-cinquième jour, la cicatrisation était achevée, et le malade était rendu à la santé d'une manière aussi prompte qu'inespérée, et complétement, puisqu'il lui fut possible de continuer son état de maçon.

L'épanchement traumatique de sang dont nous venons de rapporter l'observation présente quelques circonstances curieuses sur lesquelles nous appellerons un moment l'attention. M. Reybard suivit le précepte général donné par M. Larrey de fermer les plaies de poitrine ; l'hémorragie s'arrêta, mais le sang était accumulé dans la plèvre, comme l'avaient fait reconnaître l'auscultation et la percussion ; en outre, et la fièvre, l'oppression, la douleur, démontraient que, loin de se résorber, l'épanchement excitait par sa présence des accidents inflammatoires, et qu'il était urgent d'en procurer l'évacuation. On attendit, toutefois, encore quelques jours, et on retira, par une incision, une grande quantité de sang corrompu, fétide et mêlé de quelques bulles d'air infect.

M. Reybard s'est demandé pourquoi les accidents n'avaient pas disparu avec la matière de l'épanchement. Cela dépendit probablement de la résorption qui s'était produite, et dont les symptômes ne cessèrent qu'un peu plus tard, après que la sanie du foyer enflammé eut cessé de l'entretenir.

Le traitement employé contribua également, sans doute, à cet effet.

Une suppuration franche s'établit, et comme elle trouva constamment une facile issue, la guérison s'opéra sans nouvelles complications, et fut complète le trente-cinquième jour.

OBSERVATION XL.

Épanchement enkysté à droite. Opération de l'empyème. [DELPECH, *Mémorial des Hôp. du midi.*

B. Rebot, âgée de huit ans, née de parents sains, douée d'une bonne constitution et de beaucoup de vivacité, habitant un port de mer et souvent exposée aux intempéries de l'air, fut prise soudainement des symptômes d'une pleurésie violente, le 16 mars 1826. Le soir, la fièvre commença par un frisson violent et prolongé; dans la nuit, une douleur vive se fit sentir à la partie antérieure du côté droit de la poitrine, à la hauteur du sein; il survint en même temps une toux fréquente et sèche. Application de dix sangsues sur le point douloureux, infusion pectorale miellée; diète. Le sang coula abondamment; il n'y eut pas de changement ni ce jour ni le lendemain.

Le 18, troisième jour, expectoration visqueuse et sanguinolente, fièvre intense; même état d'ailleurs. Eau gommée, crème de riz, looch.

Les quatrième et cinquième jours, augmentation de l'expectoration et de la proportion du sang qu'elle contient; même état d'ailleurs.

Le sixième jour, même état. Application de dix sangsues sur le point douloureux: soulagement; la douleur et la fièvre diminuent; les stries de sang des crachats sont moindres.

Le huitième jour, les crachats deviennent un peu opaques. Cette circonstance inspire de la sécurité, et la malade est perdue de vue pendant dix jours. Néanmoins, la toux persiste; la douleur de côté se maintient, augmente même par intervalle; la fièvre s'accroît, et il survient de l'oppression. Application d'un vésicatoire sur le point douloureux, qui n'en éprouve aucune diminution. Les jours suivants, on croit s'apercevoir que les côtes droites sont plus hautes que celles du côté opposé.

Le 8 avril, vingt-troisième jour, nous trouvant dans le pays avec notre collègue le professeur Dubreuil, nous vîmes la malade pour la première fois. En l'examinant bien, nous fîmes les remarques suivantes: respiration courte et fréquente, moins difficile dans l'attitude assise que couchée, et surtout à gauche; suffocation dans cette dernière attitude; son mat, résultant de la percussion de la poitrine au côté droit du sternum, dans un espace de quatre pouces répondant aux troisième, quatrième et cinquième côtes sternales; percussion sonore partout ailleurs, excepté à la base de l'omoplate droite; bruit respiratoire assez naturel partout, excepté dans les deux points rendus remarquables par la percussion: dans le postérieur, respiration très-équivoque; dans l'antérieur et surtout à sa circonférence, respiration nulle, égophonie très-prononcée; partout, râle crépitant ou sibilant, léger; battements de cœur naturels, mais transposés près de l'aisselle gauche; toux fréquente, courte, avec expectoration d'un mucus visqueux et sanguinolent; fièvre vive, avec rehaussements diurnes; sueurs partielles pendant le sommeil, lequel était rare; décubitus

presque assis; langue naturelle; point de perturbations abdominales; intégrité des sens.

Nous conclûmes qu'une pleurésie intense, mais partielle, avait intéressé le feuillet pulmonaire de la plèvre sur la face interne du poumon droit, et le feuillet opposé de la même membrane sur le côté droit du péricarde; que cette phlegmasie avait passé à l'état de suppuration; que la collection purulente, bornée par le médiastin et par des adhérences, répondait aux parois de la poitrine, dans l'espace désigné par le son mat et par l'égophonie; que l'évacuation du pus était urgente, puisque sa présence entretenait une bronchite et gênait les fonctions du cœur; qu'elle pouvait avoir du succès, puisqu'il n'y avait pas encore une complication grave; que surtout il n'existait pas de symptômes de pneumonie, et que le foyer ne comprenait qu'une partie de la plèvre; que de plus grands délais pouvaient, en outre, exposer à la rupture des adhérences qui bornaient l'épanchement, et qui, d'après la date de la maladie, ne pouvaient pas être d'une grande densité.

Le 9, vingt-quatrième jour, nous plongeâmes la pointe d'un bistouri à lame étroite entre la troisième et la quatrième côte. Ce point nous avait paru répondre le mieux au centre de l'épanchement; nous ne nous en écartions que légèrement en dehors, pour éviter l'artère mammaire, et la ponction répondit ainsi à un pouce et demi du bord droit du sternum. L'instrument fut plongé dans une direction perpendiculaire, mais la peau fut déplacée auparavant de bas en haut; nous parvînmes à un pouce de profondeur avant de voir paraître une goutte de pus, qui se montra sur la face supérieure de notre instrument. A ce point, ayant fait exécuter à ce dernier un léger mouvement de rotation, nous obtînmes un jet qui nous donna la certitude que nous avions pénétré dans le foyer. Le bistouri étant retiré et la peau maintenue dans les rapports où elle avait été mise auparavant, nous obtînmes une livre et demie de pus bien élaboré, sans odeur, lequel sortit, partie en bavant le long de la peau du thorax, partie en formant un jet isolé, que la toux favorisait, et qui présentait de légères saccades régulières en rapport avec le rhythme du cœur. L'écoulement étant devenu difficile, il fut suspendu; la peau, livrée à elle-même, vint recouvrir la piqûre profonde, et les bords de la petite plaie entamée furent rapprochés exactement par une longue bandelette de diachylon soutenue par un bandage de corps. Le jour même, la fièvre fut beaucoup moindre, aussi bien que l'oppression et la toux; la jeune malade se coucha presque à plat, et s'endormit tout aussitôt. Le soir, il y avait un changement manifeste dans la situation des battements du cœur, lesquels s'étaient rapprochés du sternum.

Obligé de nous absenter en ce moment, nous priâmes notre collègue de se charger de cette intéressante malade; il la vit de nouveau le 13 avril. La première piqûre était entièrement cicatrisée, et l'oppression avait reparu; mais la fièvre était bien moindre que lors de la première ponction; les battements du cœur étaient un peu plus distants. Il fit une nouvelle ponction, avec les mêmes soins, entre la troisième et la quatrième côte; il en sortit de même une grande quantité de pus sanguinolent. La piqûre fut coaptée comme la première, et se réunit tout aussi heureusement. Un calme semblable au premier succéda à cette seconde piqûre.

Le 15 avril, la fièvre augmenta. Une tumeur se manifesta près le bord droit du sternum, entre la troisième et la quatrième côte, et en dedans de la première piqûre; elle acquit le volume d'une noix, et présentait de la fluctuation. Notre collègue, prévenu de ce nouvel incident, se rendit auprès de la malade, le 22, et pratiqua une nouvelle ouverture semblable

aux deux premières : l'évacuation d'une grande quantité de pus mêlé de sang amena un nouveau soulagement et l'affaissement de la tumeur.

Le 29 avril, la tumeur, qui avait reparu dès le surlendemain de la piqûre, s'ouvrit spontanément, et fournit une si grande quantité de pus que la malade en fut inondée dans son lit. L'ouverture était d'abord étroite, et presque toujours occupée par le pus qui en découlait continuellement; mais elle s'accrut ensuite, et l'on put remarquer alors que la quantité de pus qu'elle fournissait était sensiblement supérieure à ce qu'avaient pu fournir précédemment, dans un temps équivalent, les surfaces intérieures dont il provenait; aussi, dans ce moment, y eut-il aussi une augmentation sensible des symptômes d'irritation. Cependant, trois jours après, l'ouverture s'étant resserrée, l'accès de l'air étant devenu difficile, et bientôt après entièrement nul, l'exaspération nouvelle se calma et l'état de la jeune malade s'améliora. En même temps, la fièvre, l'oppression, la toux diminuaient, et il fut évident, le 5 mai, que le foyer se vidait dans des proportions égales à celles de la restitution de la matière purulente, et que toute irritation avait cessé. La fièvre disparut, la toux était nulle, ainsi que l'oppression, et le décubitus pouvait avoir lieu de toute manière sans inconvénients; l'appétit était déclaré, et les aliments étaient digérés; enfin, la jeune malade dormait tranquillement sans sueur et sans précaution particulière par rapport à son coucher.

Depuis ce moment, on n'a pas pu regarder cette enfant comme sauvée, mais son sort est évidemment décidé.

A notre retour, nous avons trouvé toutes les piqûres cicatrisées solidement. Une fistule capillaire, placée au côté interne de la piqûre la plus ancienne, fournissait un stillicidium de pus de bonne qualité; point d'oppression ni de toux; le cœur avait repris sensiblement sa place naturelle, et ne présentait aucune altération dans ses fonctions; mais le sternum présentait une dépression très-remarquable, provenant d'une inflexion prononcée en arrière, dont le point central répondait à la région de l'épanchement. Cette dernière circonstance nous parut intéressante et fixa notre attention; nous nous assurâmes, par des recherches très-exactes, que la distance qui séparait le milieu du sternum du point correspondant de la colonne vertébrale était moindre que ce même espace au-dessus et au-dessous; que les cartilages des deuxième, troisième, quatrième, cinquième et sixième côtes sternales du côté droit seulement étaient transportés notablement en arrière, à la faveur d'une inflexion manifeste de leur longueur parallèle à celle du sternum.

Depuis lors, l'enfant n'a pas cessé de jouir d'une santé parfaite à tous égards; elle a même pris de l'accroissement conformément à son âge; la fistule pectorale a subsisté jusqu'au mois d'octobre 1826; elle fournissait à peine deux cuillerées de pus dans l'intervalle des pansements, qui étaient renouvelés deux fois par jour. La dépression du sternum et des cartilages des côtes que nous avons désignés a fait de grands progrès, mais elle est stationnaire depuis environ deux mois; dans l'état présent, cette dépression est bien plus grande vers la quatrième côte et le point correspondant du sternum, qu'elle ne l'est au-dessus ou au-dessous, où elle décroît insensiblement. Maintenant, la respiration se fait bien entendre partout, excepté dans ce seul point.

L'habileté avec laquelle l'épanchement enkysté a été diagnostiqué et ouvert, prouve toute la perfection de nos moyens actuels de diagnostic, et fait grand honneur à la hardiesse et au génie de

Delpech. Nous remarquerons, toutefois, combien la nature se plaît à nous montrer les véritables indications de traitement, et l'espèce d'aveuglement avec lequel on les méconnaît. A la suite d'une première ponction et de l'évacuation d'une livre et demie de pus, tous les accidents cessèrent, et on réunit la plaie par première intention. Quatre jours après, retour de la suffocation; deuxième ponction. Le calme reparaît. Neuf jours plus tard, une troisième ponction amène un nouveau soulagement. La plaie s'ouvre d'elle-même, le septième jour, reste fistuleuse, et la malade se rétablit. N'est-il pas évident que l'on eût produit une amélioration plus soutenue et plus rapide en maintenant la plaie ouverte dès la première ponction, et en donnant chaque jour issue au liquide? La convalescence n'eût pas été interrompue par le retour d'accidents dus à l'accumulation du pus, et au moyen d'une canule, l'abcès, continuellement vidé, se fût ensuite complétement guéri.

OBSERVATION XLI.

Epanchement de sang considérable, causé par la lésion de l'artère mammaire interne droite. Opération de l'empyème au lieu d'élection, pratiquée le sixième jour. Guérison. (L. Valentin. *Journ. de Desault*, T. II, p. 108.)

Le nommé André, soldat au régiment du roi infanterie, compagnie de Perediguier, âgé d'environ trente ans, maigre et d'une faible constitution, entra à notre hôpital régimentaire de Nancy, le 15 juillet 1790, pour un petit coup de baïonnette au-dessous de la seconde côte droite, très-près du sternum. L'instrument était fort aigu, et la plaie avait à peine une ligne et demie. La respiration gênée et comme suffocative, le pouls petit et fréquent, déterminèrent à lui faire une saignée peu après son arrivée, et l'on appliqua sur la région blessée des compresses trempées dans l'oxicrat ammoniacal.

La nuit suivante fut très-mauvaise. La difficulté de respirer, des sueurs presque froides sur quelques parties du corps, le serrement et la fréquence du pouls, nécessitèrent une seconde saignée. A une visite du matin, je le trouvai dans des angoisses inexprimables, répondant difficilement et par monosyllabes à mes questions. Le visage et le cou étaient couverts de sueur; la respiration médiocrement gênée, la fièvre intense et l'artère nullement développée; mais il se couchait aussi bien d'un côté que de l'autre. Une troisième saignée ne le calma pas sensiblement. J'introduisis dans la petite plaie un bourdonnet serré, afin de l'entretenir ouverte, ce qui devint très-utile dans la suite. Il n'en était

sorti que quelques gouttes de sang immédiatement après le coup, et le blessé n'en a jamais craché. Je fis faire une embrocation sur la partite qui était douloureuse, et appliquer un cataplasme émollient.

Le soir, même état, mêmes symptômes, malgré les boissons; potions appropriées, clystères, et une quatrième saignée.

Le troisième jour, au matin, les extrémités étaient froides, le pouls faible, concentré, rarement intermittent. Le malade était peu oppressé; il se plaignait seulement d'une douleur au-dessus de la clavicule du côté blessé; mais il continuait à rester couché assez longtemps sur le côté sain, sans en être beaucoup plus incommodé. La plaie laissa sortir du pus sanguinolent, avec de l'air; et un autre bourdonnet, pénétrant perpendiculairement et profondément, la dilata au point que le soir l'air en sortait avec bruit. On continua le même pansement. Je fus obligé de faire cesser les saignées, à cause de l'extrême faiblesse du blessé, de l'altération de sa physionomie et d'une disposition à l'ictère.

La direction du coup, les accidents consécutifs, le peu de succès des moyens employés me firent juger qu'il y avait décidément un épanchement de sang dans la poitrine, dont la source provenait de la lésion de l'artère mammaire droite, dans le lieu où son calibre est le plus gros. L'origine de ce vaisseau à droite, sa direction, sa position par rapport aux cartilages des deux premières côtes et de la première pièce du sternum, etc., ne pouvaient laisser de doute à cet égard. Ouvrir la poitrine à sa partie inférieure était la seule et véritable indication qui se présentait. Cependant, comme les signes de la collection du liquide sur le diaphragme étaient encore fort équivoques; qu'il n'y avait nulle apparence d'évasement des côtes inférieures, ni tension, ni douleur à l'hypocondre; qu'on apercevait encore moins les signes indiqués par Avenbrugger, qu'on invoque bien souvent en vain dans les trois espèces d'épanchements, je fis appliquer sur toute la partie inférieure droite du thorax un large cataplasme émollient, dans l'intention d'y faciliter l'œdématie et d'avoir un signe pathognomonique. L'hémorragie étant arrêtée, le sang n'est pas toujours exclusivement ramassé sur le diaphragme; quelquefois il est répandu sur la surface du poumon aussi bien que le pus, d'où l'on infère que l'empyème au lieu d'élection, n'est point une règle de rigueur. En incisant ou en agrandissant la blessure, et en donnant au malade une attitude convenable, le fluide s'écoule quelquefois plus ou moins facilement; ce qui est impossible d'abord, lorsqu'il faut arrêter l'hémorragie avec l'un des cinq ou six procédés connus. Dans le cas présent, si j'eusse soupçonné que l'artère continuât à fournir, la petite blessure eût été incisée sans balancer, afin d'y porter un moyen compressif; mais je n'en eusse retiré qu'un bien faible avantage, quant à l'épanchement, à raison de la quantité et de la situation de la plaie, on ne peut moins favorable à son issue; je temporisai donc.

Le quatrième jour, le malade était à peu près dans le même état, ne se plaignant que d'une pesanteur sur la poitrine, et plus particulièrement sur toute la région antérieure. Il continuait à garder la situation sur le côté gauche, lorsqu'on le lui prescrivait, sans une augmentation sensible de malaise. La plaie laissa couler environ une cuillerée à café de pus. Je l'entretins ouverte quelquefois avec l'éponge préparée, ou un bourdonnet trempé dans le miel rosat. En examinant attentivement tout le tronc, je découvris une ecchymose de l'étendue d'un écu de trois livres, à la partie antérieure et inférieure de la poitrine, à cinq travers de doigt du cartilage xiphoïde, vers les cartilages des premières fausses-côtes. C'était la troisième fois que j'avais aperçu cette tache sanguine antérieurement, dans des épanchements de sang à cette cavité; car un an auparavant et dans le même hôpital, un soldat, nommé Leroy, de la compagnie de Marignan, eut une

pareille ecchymose oblongue, à quatre travers de doigt au-dessous du téton droit, à la suite d'un coup de baïonnette pénétrant, avec lésion du poumon, entre la troisième et la quatrième vraie côte, et qui avait donné lieu à un épanchement de sang considérable. MM. Godin, Hanglebert, Coulombier et Audibert, répétiteurs d'anatomie à l'école, et aides intelligents, ont été témoins de ces faits. Je dois attester que, dans beaucoup de cas semblables, je n'ai jamais vu en arrière aux limites inférieures de la poitrine, l'ecchymose dont parle M. Valentin de Saint-Jean d'Angely, et qu'il donne pour signe indubitable de l'épanchement sanguin, quelque attention que j'y aie donnée depuis longtemps.

Le cinquième jour, à la levée du cataplasme, j'aperçus au bas des fausses-côtes, en arrière, un très-léger empâtement comme emphysémateux, qui était plus sensible le lendemain, et s'étendait latéralement. Le blessé souffrait en y appuyant; mais il était dans un tel état d'affaissement, qu'il ne pouvait répondre qu'à voix basse et avec beaucoup de difficulté. Les yeux ternes, les mains constamment froides, et tous les symptômes qui annoncent une fin prochaine, me firent, dès ce moment, décider l'opération de l'empyème. Le malade n'y consentit que le lendemain au matin, lorsqu'il était au plus mal. Je la pratiquai en présence de mes élèves et de ceux de la Faculté de médecine qui suivaient nos visites, de la manière suivante : Le malade, couché sur le côté gauche, au bord du lit, et sur un coussin garni d'un drap épais, la tête peu élevée, afin de faciliter l'écartement des côtes, je me plaçai derrière et à droite. Ayant fait un pli à la peau perpendiculairement à la direction des côtes, un aide en pinçait l'angle supérieur. Je tenais moi-même l'inférieur de la main gauche, tandis qu'avec le bistouri, de la droite j'incisai les téguments et le tissu cellulaire, d'un seul coup, dans l'étendue de trois travers de doigt; j'incisai ensuite en trois fois, et dans une étendue de deux travers de doigt, les muscles très-larges du dos, grand oblique, intercostaux, et la plèvre entre la troisième et la quatrième fausse-côte (en comptant de bas en haut) vers leur angle, et en dirigeant le bistouri selon les règles de l'art, par rapport à l'artère intercostale, etc. Il en sortit deux pintes de sang mêlé de beaucoup de sérosité.

Le pansement a consisté dans l'introduction d'une bandelette de linge effilé, trempée dans le miel rosat, et l'application d'un linge fin, de charpie sèche et de plusieurs compresses, soutenues par un bandage de corps avec son scapulaire. Il a fallu changer cet appareil plusieurs fois, à raison du suintement, très-abondant pendant les premières vingt-quatre heures. Le malade s'est senti singulièrement soulagé après l'opération, et son pouls s'est peu à peu développé. On a soutenu ses forces avec de bon vin et suffisante quantité de sirop, seule potion cordiale dont nous fissions usage parmi nos militaires, et, toutes les trois ou quatre heures, une tasse de crême de pain, de gruau, d'orge, ou de riz.

Le lendemain de l'opération, ce blessé pouvait parler plus facilement, quoique avec une grande prostration de force et une toux fort incommode. Il sortit encore plein une grande tasse de sérosité purulente, très-fétide, mêlée de quelques portions sanguinolentes. La petite plaie du haut donnait issue à du pus bien lié, qui sortait plus abondamment pendant la toux. Les loochs simples et les boissons adoucissantes ou oximélées furent alors tous ses remèdes. Lorsque la toux fut un peu calmée, je lui fis faire usage, comme antiseptique, d'une décoction de quinquina édulcorée, dont on lui faisait prendre une petite quantité à la fois. La matière ayant beaucoup d'odeur, je fis pendant deux jours, matin et soir, des injections d'eau d'orge miellée par la plaie inférieure, quoique je ne sois nullement partisan de cette méthode; mais je les crus nécessaires pour entraîner

plusieurs lambeaux purulents et quelques concrétions lymphatiques qui sortaient difficilement. Aussi ne tardai-je pas à apercevoir que le tissu cellulaire des lombes et du bras droit était infiltré, parce qu'il restait toujours une portion de la liqueur dans la cavité. L'infiltration a disparu en cessant les injections. Je n'ai jamais introduit de sonde. Je me suis contenté, deux fois par jour, de faciliter l'issue des matières, tant par une position favorable, le doigt placé entre les lèvres de la plaie, qu'en prescrivant de soutenir un moment l'expiration. La bandelette, introduite peu profondément, dans la crainte d'agacer le poumon, et un long plumasseau appliqué à sec, ont toujours suffi.

La blessure du haut a constamment fourni du pus pendant deux mois. Si on la laissait fermer, la toux revenait et fatiguait beaucoup le malade. Je crois devoir observer que cette affection était moindre ou cessait plus promptement, dans tous les temps, si le malade se tenait couché de préférence sur l'un ou l'autre côté, ou mieux, sur celui qui était opéré, ainsi que je le lui recommandais. Cet effet, qui est bien évident lorsque, dans quelques maladies de poitrine, on reste couché sur le dos, et dont la physiologie rend raison par l'allongement et le raccourcissement de la trachée-artère, n'avait pas échappé à Cœlius Aurelianus. (*Voy.* la note de M. Peyrilhe, *Histoire de la Chirurgie*, t. II, p. 271.)

Le soixante-quatrième jour, je supprimai la bandelette. Il n'y avait plus qu'un léger suintement par l'ouverture inférieure, et la supérieure était solidement fermée. Ce blessé, qui était dans le marasme, se levait depuis trois semaines. Il n'a pas tardé de recouvrer ses forces, et de se trouver en état de rejoindre sa compagnie, alors en quartier à Stenay; ce qu'il a effectué après trois mois de traitement. Il a fait trente lieues, le plus souvent à pied, sans en être incommodé, et peu de jours après son arrivée, l'espace intercostal était entièrement cicatrisé, malgré l'étonnante débauche à laquelle il s'est livré incontinent.

Les cas d'épanchements traumatiques, semblables à celui que nous venons de rapporter, sont évidemment les moins dangereux, parce que le sang accumulé dans la plèvre constitue seul la maladie, et que l'unique indication est de lui donner issue et de prévenir ou de combattre l'inflammation consécutive de la plèvre, l'introduction de l'air dans la poitrine et la résorption du pus.

Dans les épanchements pleurétiques, au contraire, ces complications sont également à craindre après l'évacuation du liquide, mais l'affection primitive persiste et rend souvent inévitable une terminaison funeste.

Valentin a indiqué un signe fort rare et fort remarquable de la stagnation du pus dans la plaie; c'est l'infiltration des lombes et du bras correspondant au côté malade.

OBSERVATION XLII.

Plaie pénétrante de poitrine. Epanchement de sang. Evacuation du liquide. Guérison.
(De la Motte. *Traité complet de chir.*, T. II, p. 11.)

Au mois de mai 1696, je fus prié le soir d'aller chez un rôtisseur de cette ville pour voir un soldat du régiment de Beugé, qui était blessé d'un coup d'épée en la partie antérieure de la poitrine, entre la cinquième et la sixième des vraies côtes inférieures, assez près de leur union avec le sternum. Cette plaie pénétrait dans la capacité, et causait au blessé une oppression si violente, qu'il était près d'expirer.

Comme ce blessé n'avait point craché de sang, je crus qu'un seul épanchement au dedans de la poitrine était l'unique cause de sa difficulté de respirer. Mon dessein fut donc de le tirer au plus tôt; et, pour y parvenir, je lui fis prendre plusieurs situations différentes, retenir son haleine, s'efforcer en toussant, mais le tout fort inutilement; ce qui me fit avoir recours à la sonde creuse, que j'introduisis dans la plaie, après avoir fait asseoir le blessé commodément dans son lit, et par ce moyen je lui tirai la quantité d'une livre et demie de sang; ce qui lui rendit la respiration libre, et le moyen de se coucher sur tel côté et en telle situation qu'il trouvait à propos: après quoi je dilatai les téguments, et le pansai avec une tente à tête d'une grosseur proportionnée à la grandeur de la plaie, pour la fermer exactement; et le reste de la même manière que je l'ai dit ci-dessus. J'attachai un fil double à la tente, et je plaçai des bourdonnets des deux côtés pour tenir les téguments dilatés: je mis un plumasseau plat, par-dessus, un emplâtre, une compresse en quatre doubles, le bandage contentif, et le scapulaire. Peu de temps après, les accidents revinrent, et le blessé se trouvant dans un plus grand péril que le jour précédent, je lui donnai le même secours; je ne tirai pourtant pas autant de sang que la première fois, mais peu s'en fallait. Je continuai la même chose pendant dix jours, que ce sang devint à la fin une simple sérosité roussâtre, qui, diminuant de jour en jour, se tarit entièrement près ce temps, qui fut celui où je diminuai beaucoup la tente, dont je ne me servis que cinq jours après qu'il ne sortit plus rien. Ce blessé fut guéri en moins d'un mois.

J'ai rapporté cette observation dans le but de montrer la conduite à tenir dans le cas d'épanchement traumatique de sang dans la poitrine, déterminant la suffocation. Il y a nécessité alors de dilater la plaie, ou d'ouvrir directement le thorax par l'opération de l'empyème; c'est là un précepte que nous ne saurions trop recommander.

Sans doute la méthode de fermer les plaies de poitrine est excel-

lente. De cette manière, le poumon tend à remplir la cavité thoracique et à reprendre ses fonctions; les épanchements de sang s'enkystent, s'ils ne sont pas trop considérables, et les caillots accumulés autour de l'orifice du vaisseau concourent à suspendre l'hémorragie; mais lorsque celle-ci est assez abondante pour occuper toute la plèvre, comprimer le poumon et rendre la suffocation imminente, malgré les saignées répétées, nous disons qu'il y a urgence de donner issue au sang, et que l'on sauve ainsi les malades. Nous pourrions citer une quantité de faits tirés de Paré, de Dionis et d'autres habiles chirurgiens, à l'appui de cette doctrine; mais comme ils se ressemblent tous, et qu'il s'agit constamment de blessés rendus à la vie par l'évacuation du sang épanché, nous nous contenterons de celui de Delamotte.

On a objecté, il est vrai, que la présence du sang était le meilleur remède de l'hémorragie, qui autrement, ne trouvant pas d'obstacle, se continuerait et ferait périr le malade. Tant qu'il n'y a pas urgence, ainsi que nous venons de le dire, il faut attendre; mais comme le danger le plus immédiat est celui auquel il faut obvier d'abord, l'accident auquel on doit avant tout remédier est la suffocation.

On répond, il est vrai, que le sang ne suffit pas pour produire l'asphyxie; mais les exemples contraires nous paraissent trop probants pour être complétement réfutés.

MM. A. Thierry et Dubled ont publié l'observation d'un homme atteint d'une blessure à l'artère intercostale, chez lequel on se borna à fermer hermétiquement la plaie et à pratiquer une saignée; l'hémorragie, se continuant, amena promptement un épanchement considérable, et le malade mourut quatre ou cinq heures après la blessure. Le malade, dans ce cas, a-t-il succombé à l'hémorragie ou à l'asphyxie? C'est une question que les expériences suivantes paraissent résoudre.

J'ai ouvert la poitrine avec précaution sur plusieurs animaux, j'y ai injecté autant d'eau tiède que j'ai pu en faire pénétrer, et j'ai vu survenir des convulsions et la mort. Certes on ne pouvait dans ce cas accuser l'hémorragie qui n'existait pas. On a prétendu que chez l'homme la cloison des médiastins était assez résistante pour empêcher un épanchement d'un côté de la poitrine de gêner et d'in-

terrompre les fonctions du poumon du côté opposé. Hé bien, si l'on répète mon expérience sur un cadavre, on aperçoit manifestement l'injection repousser la cloison des médiastins, la faire saillir dans la cavité thoracique opposée et en diminuer la capacité. Nos observations offrent une foule d'exemples de déplacement du cœur à la suite d'épanchements pleurétiques, et nous avons rapporté l'histoire d'un malade qui s'écria avec un indicible mouvement de joie, après avoir subi l'opération de l'empyème, qu'il sentait son cœur reprendre sa place. Tous les malades, d'ailleurs, dont on évacue l'épanchement sanguin, sont soulagés sur-le-champ, comme celui de Delamotte, ce qui prouve incontestablement que ce n'est pas l'hémorragie qui déterminait leurs accidents. Il ne nous semble donc pas douteux que l'on puisse succomber à l'asphyxie produite par la présence d'un épanchement de sang, qui réclame, en conséquence, l'opération de l'empyème, si tout autre mode d'évacuation du liquide ne réussit pas, et que l'asphyxie soit imminente.

OBSERVATION XLIII.

Pneumothorax. (ITARD, *dissertation inaugurale.* — Année 1803.)

Jean Arène, surnommé Grafiade, militaire, âgé de vingt-six ans, d'une constitution sèche et d'un tempérament bilieux très-prononcé, entra à l'hôpital du Val-de-Grâce vers le milieu de prairial an VII. Une violente pleurésie qu'il avait essuyée, trois ans auparavant, dans la dernière campagne de Hollande, l'avait laissé atteint d'une dyspnée, d'abord légère, mais qui, peu à peu, s'étant accrue au point de le menacer à tout moment de suffocation, le força à venir au Val-de-Grâce réclamer les secours de l'art. La figure était bouffie, l'haleine fétide, l'habitude du corps très-maigre, la chaleur de la peau âcre et brûlante; le pouls plein, fort et fréquent, et la respiration difficile. A ces symptômes se joignaient des anxiétés continuelles, une toux fréquente; des crachats difficiles, rares et sans caractère ; des sueurs nocturnes, et la perte du sommeil ainsi que de l'appétit ; la cavité thoracique droite était évidemment plus développée, plus sonore, et présentait un empâtement sous-cutané. La plupart de ces symptômes appartenant à l'hydrothorax, firent croire à l'existence de cette maladie, et recourir aux remèdes usités en pareil cas. Cependant, l'état du malade ne fit qu'empirer pendant les trois semaines qu'il passa à l'hôpital. La dyspnée devint de plus en plus suffocante, amena une agonie pénible et la mort.

L'ouverture du cadavre fut faite vingt-quatre heures après la mort, par les citoyens

Lépecq, Coutanceau et moi. Au premier coup de scalpel porté dans la cavité droite de la poitrine, il s'en échappa, avec une sorte de détonnation, un fluide gazeux si horriblement infect, que nous en aurions été indubitablement incommodés, si le cadavre ne se fût trouvé exposé dans une petite cour ouverte de tous côtés à l'air libre. En explorant l'intérieur de cette cavité, nous vîmes que le poumon manquait absolument; il se présentait seulement en dedans, vers le sommet de la plèvre, un moignon lobuleux du volume d'un petit œuf, unique reste du poumon droit, qui semblait n'être échappé à la destruction complète de ce lobe que pour servir de bouchon aux gros vaisseaux sanguins et aériens. La plèvre du même côté offrait, dans presque toute son étendue, un enduit purulent, quoiqu'elle renfermât à peine quelques cuillerées de pus. Le diaphragme avait été tellement refoulé dans l'abdomen par le fluide aériforme comprimé dans la poitrine, qu'il avait acquis une expansion extraordinaire. La même cause avait imprimé au foie des changements de position et de conformation; il débordait presque en entier le rebord des côtes asternales, et présentait au lieu de convexité qui appartient à sa face diaphragmatique, une concavité très-prononcée. Tous les viscères du bas-ventre, à l'exception de celui-là, le cœur, le poumon gauche, étaient dans un état parfait d'intégrité.

Il serait difficile de rencontrer un plus bel exemple de pneumothorax, que celui dont nous venons de tracer l'histoire.

L'épanchement d'air datait de plus de trois semaines, puisque le côté droit de la poitrine présentait, depuis cette époque, une sonorité marquée; aucune fistule pulmonaire n'existait pour donner passage à l'air, qui avait nécessairement dû se développer spontanément dans la cavité de la plèvre. Croirons-nous pour cela que le pneumothorax était essentiel? Nullement : car il nous paraît avoir été la conséquence d'un épanchement purulent très-ancien, qui avait fini par se résorber. Une exhalaison aériforme s'était en même temps produite, avait favorisé la décomposition du pus, et acquis cette odeur horriblement fétide qui frappa les assistants.

Nous ne mettons pas en doute que l'incision ou la ponction d'un espace intercostal eussent soulagé le malade, en donnant issue à ce grand volume d'air, capable de repousser le foie, d'abaisser le diaphragme et de faire entendre, en s'échappant, une sorte de détonnation; mais nous aurons de la peine à supposer que la guérison pût être obtenue.

TROISIÈME PARTIE.

HISTOIRE GÉNÉRALE DE L'OPÉRATION DE L'EMPYÈME.

§ I. L'OPÉRATION DE L'EMPYÈME EST-ELLE SUFFISAMMENT JUSTIFIÉE, ET DANS QUELS CAS EST-ELLE APPLICABLE?

Nous avons compris, comme on l'a vu, sous le nom d'opération de l'empyème, celle dont le but est de donner issue à un épanchement contenu dans la plèvre, quelle que fût la nature de l'épanchement. Nous avons admis quatre sortes d'épanchements ; 1° de pus (pyothorax) ; 2° de sérosité (hydrothorax) ; 3° de sang (hémothorax); 4° d'air (pneumothorax); et nous les maintenons pour apprécier la valeur de l'opération qu'on leur oppose.

En effet, il est évident que cette opération ne saurait être considérée en elle-même et indépendamment des conditions pathologiques qui y donnent lieu. Autrement, elle appartiendrait aux plaies pénétrantes de la poitrine, et pour en étudier les résultats et en prévoir les terminaisons, il faudrait nécessairement revenir à l'exa-

men des complications, parmi lesquelles les épanchements jouent un grand rôle. Ceux-ci constituent donc le point le plus important de l'opération de l'empyème, à laquelle ils impriment des différences capitales sous le rapport des indications, du mode opératoire et de la gravité des terminaisons. Ils doivent donc être étudiés isolément, si l'on ne veut s'exposer à réunir et à comparer ces faits dissemblables.

ÉPANCHEMENT PURULENT (PYOTHORAX).

L'épanchement purulent est le véritable empyème, le seul que Boyer ait encore admis ; il domine toute notre question, et mérite d'être étudié avec le plus grand soin.

Ce n'est pas aux auteurs que nous devons demander si l'opération de l'empyème est applicable ici ; Heister (1) répondrait qu'elle est toujours très-dangereuse, et qu'il est à peine possible que les malades ne meurent pas pendant qu'on l'exécute, ou immédiatement après ; Corvisart (2) dirait que, procurant même rarement un soulagement éphémère, elle hâte, dans tous les cas, la mort des malades ; tandis que vingt autres affirmeraient qu'elle est sans gravité, et qu'elle offre un précieux moyen de salut.

Ce sont les faits qu'il faut envisager, et nous en avons cité un assez grand nombre (*V.* observ. I, II et IV), pour démontrer que la guérison est possible, dans les conditions les plus diverses, comme âge, position et constitution des malades, durée et gravité des complications, pourvu que le poumon et les principaux viscères ne fussent pas atteints de désordres incurables.

Nous ne craignons donc pas que personne, après avoir lu nos observations, auxquelles nous eussions pu joindre une centaine d'autres exemples de succès, partage encore le jugement d'Heister et de Corvisart, et ose nier l'évidence des guérisons, dans une foule de cas véritablement désespérés.

---

(1) Periculosa ut plurimum, hæc operatio esse solet, atque abesse ut vix potest, quis sub ipsam, vel statim post eamdem æger expiret. Heister, *Inst. chir.*, p. 696.

(2) Corvisart, *Essai sur les maladies du cœur*, 1811.

Pourquoi donc l'opération de l'empyème compte-t-elle si peu de partisans? On ne la proscrit pas, sans doute, mais on se refuse à l'exécuter, et les malades meurent dans les cas où elle serait indiquée, sans qu'aucune voix accusatrice s'élève contre l'homme de l'art qui n'a pas même tenté de les sauver.

Nous nous prononçons avec force contre cette tendance de notre époque à négliger, comme inutile ou dangereuse, l'opération de l'empyème; et les insuccès qu'on lui oppose sont de peu de valeur à nos yeux.

Dupuytren a vu, dit M. Bégin (1), quarante-huit malades mourir sur cinquante auxquels on fit l'opération; M. Bégin en a perdu quatre sur quatre; M. Velpeau a pratiqué ou vu pratiquer l'opération douze fois, et tous les malades ont succombé; M. Gimelle a cité à l'Académie de Médecine cinq exemples d'insuccès, les seuls qu'il eût observés.

Ces faits seraient de nature, ainsi présentés, à décourager les plus audacieux, et cependant, il ne faudrait pas se hâter de rien conclure. Que pourrait-on objecter si nous disions : Soixante malades ont subi, il est vrai, l'opération de l'empyème : tous sont morts au bout du deuxième mois; mais tous étaient atteints de lésions incurables et avaient été condamnés à périr en moins de temps. N'est-il pas évident que, loin d'être funeste, l'opération a été favorable à ceux dont elle a prolongé la vie?

Les malades sont morts! Mais faut-il en accuser l'opération ou la manière défectueuse dont elle a été pratiquée? Enfin, le résultat eût-il été le même si, au lieu d'être nul ou directement contraire à la maladie, le traitement médical eût été conforme aux indications?

Il faut donc creuser plus profondément les faits, car nous croyons à la réalité de ces trois conditions d'insuccès, et nous essayerons de le démontrer.

Personne n'ignore la fréquence des affections organiques du poumon, dans les affections de la plèvre, et le mot de pleuro-pneumonie atteste suffisamment ce rapport.

---

(1) Bégin, *Dict. de Méd. et de Chir. prat. Art. Empyème.*

Si nous trouvons exagérée l'assertion de M. Louis, que l'on ne meurt pas de pleurésie simple, nous avouons sans peine que les tubercules et l'hépatisation grise peuvent compliquer les épanchements purulents des plèvres, et il serait souvent impossible de dire si le malade succombe à l'une plutôt qu'à l'autre de ces maladies; il est donc clair que, dans le cas où toutes deux sont mortelles, l'opération de l'empyème est inutile ou simplement palliative. Il en serait de même s'il existait des ulcérations intestinales, une désorganisation du foie, un cancer ou toute autre lésion entraînant nécessairement une terminaison funeste, et les revers éprouvés dans de pareilles conditions ne prouveraient rien contre l'opération pratiquée.

Examinons les procédés opératoires : les trouverons-nous irréprochables? Il n'est pas rare de rencontrer le poumon comprimé sur la colonne vertébrale et réduit à un très-mince volume, mais sain et étranger à toute réaction pathologique. La plèvre est remplie de pus ; on y plonge un trois-quarts, on évacue le liquide, puis on ferme la plaie et on laisse l'épanchement se reproduire. Les accidents, qui avaient cessé momentanément, reparaissent et entraînent la mort (*voy.* obs III). Dira-t-on que l'opération n'a pas réussi? Mais elle a produit tout le bien qu'on en pouvait légitimement attendre. Vous vouliez donner issue au pus, vous l'avez fait. Comptiez-vous par hasard qu'un simple coup de trois-quarts allait faire disparaître le sac pseudo-pleural, arrêter l'inflammation et suspendre la sécrétion de la matière de l'épanchement? La prétention serait trop exorbitante pour que je pusse même la supposer.

Mais vous ne vous serez pas borné à une seule ponction, vous l'aurez réitérée; la plaie sera restée fistuleuse, et cependant le pus deviendra fétide, la fièvre reparaîtra et des accidents de résorption entraîneront la mort (Obs. XXXIV). Sera-ce encore l'opération qui sera passible de ce fâcheux résultat? Ne savez-vous pas que le pus retenu dans quelque foyer que ce soit, dont il ne remplit qu'imparfaitement la capacité, ne tarde pas à s'altérer, qu'il soit ou non en contact avec l'air atmosphérique? Comment donc voulez-vous qu'il en soit autrement pour les épanchements de la poitrine? N'accusez donc que vous-même, et recourez à des procédés plus rationnels et plus efficaces.

Nous nous demandons enfin, quelle a été l'influence du traitement médical, en supposant que les viscères ne fussent pas compromis, et que l'opération ait été bien faite. Si la constitution générale a été profondément débilitée par des saignées répétées, et que vous l'épuisiez encore par toute la série des moyens antiphlogistiques, quel espoir pourrez-vous conserver? MM. Andral et Gavarret ont montré que l'appauvrissement du sang n'était pas une idée imaginaire; ils ont compté les globules de ce liquide, et les ont trouvés d'autant moins nombreux que le malade était plus affaibli. M. Magendie a démontré que la facilité des épanchements était en rapport avec cet état. Nous savons d'ailleurs que pour supporter une longue et abondante suppuration, et résister aux accidents intercurrents, il faut que les forces soient soutenues par les ressources de l'hygiène, et croit-on les trouver dans une nourriture insuffisante et de mauvaise qualité, un air vicié, l'absence du soleil et de l'exercice, et l'énervation causée par l'isolement, le malheur et la souffrance?

On ne doit donc pas juger de l'opération de l'empyème d'après les revers que nous avons cités: ils ne seraient probants, qu'autant qu'ils échapperaient aux conditions dont nous venons de signaler la funeste influence, et le doute subsiste à cet égard, puisqu'ils n'ont pas été publiés; les observations brutes d'insuccès ou de guérisons pourraient d'ailleurs se multiplier beaucoup, sans aucun profit pour la science; et nous devons arriver à un autre ordre de considérations.

Prouvons d'abord que l'opération de l'empyème n'est qu'une imitation rationnelle des moyens employés par la nature pour la guérison spontanée des épanchements purulents, et qu'elle constitue, dans les cas où elle est indiquée, la seule ressource à leur opposer.

Les épanchements de pus dans la plèvre ont trois modes de terminaisons naturelles. 1° Ils se résorbent, 2° ulcèrent le poumon et sont évacués par l'expectoration, 3° ou traversent les parois thoraciques, et s'écoulent au dehors; quand rien de semblable n'a lieu et qu'ils continuent à occuper la cavité de la poitrine, ils finissent constamment par déterminer la mort.

La conduite de l'homme de l'art semble donc tracée par la nature, qui montre les vraies indications du traitement.

Dans les premières périodes de la pleurésie, il faut combattre l'inflammation et provoquer l'absorption du liquide épanché. Si l'on n'obtient pas promptement ce dernier résultat, et que l'épanchement soit devenu purulent, on insiste sur l'emploi des moyens les plus convenables, pour en déterminer peu à peu la résolution. On soutient les forces, et on attend si le danger, n'est pas imminent.

C'est dans cette période que l'on voit des crachats mêlés à du véritable pus, ou même des flots de ce liquide rendus tout à coup par la bouche; l'on répète depuis Hippocrate, qui avait fondé un pronostic favorable sur ce phénomène, que l'abcès s'est crevé dans les bronches, et si le malade n'est pas étouffé mécaniquement par le pus, et que le poumon ne soit pas profondément altéré, la guérison ne tarde pas à être complète.

Dans d'autres cas, le pus se fraye une route au dehors; une tumeur pâteuse se développe sur un des points des parois thoraciques; elle grossit de jour en jour, se perce, et laisse écouler une quantité de pus hors de toute proportion avec le volume de l'abcès extérieur d'où elle provient.

De nouvelles ouvertures se produisent, restent fistuleuses, se cicatrisent et se reforment alternativement; au bout d'un certain temps, la suppuration diminue, devient claire et visqueuse; les plaies se ferment, et le malade est guéri. Cette terminaison toutefois n'est pas aussi favorable que la première, et entraîne d'assez graves dangers, si l'art ne vient pas au secours des efforts de l'organisme, et ne parvient pas à les diriger. Comme le traitement à employer est alors le même qu'à la suite de l'opération dont nous nous occupons, nous croyons devoir y renvoyer.

Nous avons supposé les terminaisons le plus favorables; mais si rien de semblable ne se produit, que l'épanchement augmente et rende la mort imminente par la suffocation, ou le marasme, quelle sera la conduite de l'homme de l'art? Deux seules voies lui sont offertes : abandonner le malade à une fin douloureuse et inévitable, ou imiter les procédés de la nature, et donner issue au liquide épanché.

Toutes les lumières de la science sont alors nécessaires au chirurgien, pour l'autoriser à choisir entre deux si graves alternatives ; et l'anatomie pathologique vient lui fournir les plus utiles enseignements sur l'état des parties affectées, les indications opératoires et les résultats à espérer.

Dans les épanchements de pus dans la cavité thoracique, la plèvre est doublée d'une fausse membrane plus ou moins épaisse, plus ou moins fibreuse, selon les circonstances et l'ancienneté de la maladie, et appelée sac pseudo-pleural par Delpech. Le poumon, refoulé par le liquide épanché, revient peu à peu sur lui-même, s'aplatit sur le côté de la colonne vertébrale, est de moins en moins perméable à l'air, n'en reçoit bientôt plus, et ne présente alors, selon l'expression pittoresque d'Itard, qu'une sorte de mamelon propre à boucher l'orifice des bronches et des gros vaisseaux.

On comprend qu'entre cette extrême limite et le début des modifications pathologiques, existent une foule de degrés intermédiaires, et que l'état des parties exerce une grande influence sur le mode et la possibilité des terminaisons.

Si l'épanchement est partiel et enkysté, comme j'en ai publié un exemple, observé sur un homme auquel j'avais pratiqué la trachéotomie six semaines auparavant, les adhérences qui maintiennent le poumon appliqué contre les parois costales, empêchent cet organe d'être comprimé dans sa totalité, lui conservent une partie de ses fonctions et réduisent l'épanchement à des limites assez étroites; aussi, dès que le pus est évacué, la poche qui le renfermait se resserre, et le poumon se dilate.

Si toute la cavité de la plèvre est envahie, les différences se tirent de l'état de cette membrane et de celui de l'organe respiratoire.

Lorsque le sac pseudo-pleural est ancien et très-résistant, le poumon, fortement comprimé, peut être devenu complétement imperméable, comme nous en avons rapporté, dans nos observations, un remarquable exemple.. Dans ce cas, le succès de l'opération de l'empyème est fort douteux, car la guérison exige que le vide produit par la disparition de la matière de l'épanchement se trouve comblé. et la difficulté en est d'autant plus grande que le foyer reste plus étendu. Si la respiration s'exécute encore et donne la cer-

titude que le poumon a conservé un certain volume, la guérison est moins difficile, parce que les parois thoraciques s'affaissent d'une manière extraordinaire, comme le prouve une observation de M. Cruvelhier, qui a vu, chez un de ses malades, le côté de la poitrine soumis à l'opération de l'empyème, présenter une différence de six pouces et demi de diamètre de moins que le côté sain (*Voy.* nos Obs.). Il se fait encore quelquefois un dépôt de lymphe coagulable ou de matière caséiforme ou comme stéatomateuse dans l'épaisseur du sac pseudo-pleural, qui devient fibreux, prend une grande épaisseur et se transforme même en tissu osseux ou cartilagineux ; mais ces terminaisons sont très-rares, ainsi que celle où de l'air remplit le vide de la poitrine, ce qui peut ne pas empêcher la guérison (*Voy.* les Obs.).

Des conditions plus favorables résultent de la possibilité de l'expansion pulmonaire, lorsque l'organe de la respiration est sain et entouré d'une fausse membrane, trop faible pour mettre obstacle à son développement. Au fur et à mesure que le liquide épanché s'écoule et diminue, le poumon le remplace en rompant ou dilatant les liens qui l'embrassent, et, ramené au contact des parois thoraciques, il y adhère et termine ainsi la maladie.

Personne n'a plus insisté que Delpech sur le mécanisme des adhérences qui s'établissent entre les parois costo-pulmonaires, et sur le rôle important que jouent, dans ce cas, les fausses membranes, ou ce qu'il appelle le sac pseudo-pleural. Ce chirurgien croyait que la déformation du thorax était la conséquence de l'espèce de retrait du nouveau tissu qui s'organise sur la face interne de la plèvre, et auquel il avait donné le nom d'*inodulaire*. Ce tissu, analogue à celui de toutes les cicatrices, jouit certainement d'une grande force de rétractilité ; mais la tendance que présentent toutes les cavités du corps à se rétrécir et à s'oblitérer, lorsqu'elles ne sont plus maintenues dilatées par la présence des organes qui doivent les remplir, nous paraît exercer une influence encore plus active sur les déformations thoraciques, dont nous avons cité des exemples si remarquables. Quoi qu'il en soit de cet effet secondaire, la guérison ne saurait avoir lieu à la suite de l'opération de l'empyème, tant que la fausse membrane n'est pas organisée. On s'est même assuré qu'elle parcourait toutes les

phases des plaies suppurantes, ce qui jette un grand jour sur les indications du traitement. Les caractères du liquide font, en effet, juger de l'état du sac pseudo-pleural, qui est mou, peu cohérent et comme tomenteux, lorsqu'il ne laisse écouler qu'un pus mal lié et séreux, tandis qu'il est devenu le siége d'une circulation propre, qu'il est consistant et comme fibro-celluleux, lorsque le pus est de bonne nature, épais et crémeux.

Si la plaie ne donne issue qu'à une sorte de lymphe plastique et coagulable, c'est une preuve que la cicatrisation est sur le point d'être complète. Le liquide qui s'écoule de la poitrine est donc un excellent moyen de suivre les progrès de la cicatrisation, et il permet d'apprécier également le degré de l'inflammation. Le sac pseudo-pleural peut, comme nous l'avons déjà exposé, devenir cartilagineux et osseux, et offrir jusqu'à quatre lignes d'épaisseur; mais, dans le plus grand nombre de cas, il se résorbe en partie après avoir servi aux adhérences, et doit quelquefois disparaître complétement, si la suppuration a été peu abondante, la guérison rapide, et que l'épanchement ne soit pas ancien.

Ainsi la nature nous montre le mécanisme et les phénomènes de la guérison spontanée du pyothorax; l'anatomie pathologique nous les explique; les annales de la science nous apprennent que l'art a su profiter de ces enseignements, et peut, bien compris et bien appliqué, trouver des ressources là où l'organisme n'en fournit plus.

Il ne peut donc rester de doutes sur la valeur réelle de l'opération; mais nous devons chercher à mieux préciser le moment où elle doit être faite, les cas qui la réclament, et les résultats qui peuvent lui être démandés.

Hippocrate avait posé en règle de ne pas ouvrir la poitrine aux empyiques avant le quinzième jour de la formation de l'épanchement, et l'expérience des modernes a pleinement confirmé ce résultat. Nous avons cité plusieurs observations, (Voy. Obs.) qui prouvent que, appliquée à une période aiguë de la pleurésie, l'opération détermine une surexcitation capable d'aggraver tous les accidents, d'amener une hémorragie plus ou moins abondante (pleurésie hémorragique) et d'accélérer la mort. Nous avons dit qu'un médecin avait généralisé un moment cette pratique, pendant qu'il était chargé

d'un service à l'Hôtel-Dieu de Paris, et qu'il avait été forcé d'y renoncer par la fréquence des revers. Mais lorsque l'épanchement n'appartient plus à l'époque d'acuité de la maladie, faut-il se hâter de l'opérer, ou vaut-il mieux attendre que l'anxiété respiratoire, la suffocation, la fièvre et la résorption purulente compromettent la vie et fassent perdre tout espoir de guérison.

La plupart de ceux qui ont écrit sur l'opération de l'empyème s'accordent à penser qu'elle est en général pratiquée trop tard, et qu'elle offrirait beaucoup plus de chances de succès si on y avait plus tôt recours. Cette opinion, qui était celle de l'école grecque, nous paraît confirmée par les considérations d'anatomie pathologique que nous avons exposées. Comme les poumons se flétrissent peu à peu sous la compression exercée par la matière de l'épanchement, et qu'ils sont retenus ensuite par les fausses membranes dont la consistance et l'organisation fibreuse s'accroissent tous les jours, ils arrivent à l'impossibilité de se dilater et de reprendre leur premier volume, circonstance entièrement défavorable, comme nous l'avons démontré.

Aujourd'hui que l'on possède dans l'auscultation directe, le stéthoscope et le plessimètre, des moyens si parfaits de suivre toutes les modifications des viscères thoraciques, il serait souvent facile de constater avec précision les progrès successifs de l'épanchement. Lorsque le bruit respiratoire serait seulement sensible en arrière de la poitrine, et sur les côtés du rachis, lorsque la disparition de l'égophonie prouverait l'augmentation de l'épanchement, et que la mensuration montrerait la circonférence du thorax agrandie du côté malade, le moment serait venu de pratiquer l'opération de l'empyème, si les moyens médicaux avaient été infructueusement employés, et que l'intégrité des principaux viscères permît d'espérer une guérison complète et définitive. Nous croyons le succès encore possible à des époques plus avancées de la maladie, puisque nous en avons cité des observations; mais nous sommes convaincu que les chances favorables sont d'autant moins nombreuses que l'on a plus différé, et que la guérison laisse alors après elle des altérations plus marquées, et exige un temps plus long. Si les viscères étaient profondément altérés, nous conseillerions, au contraire, d'attendre, et de ne recourir à l'opération qu'à la dernière extrémité, dans le seul but de prévenir une suffocation

imminente ; nous nous bornerions à quelques ponctions palliatives, tant que le pus ne serait pas vicié, et aussitôt que cette complication serait survenue, nous livrerions au liquide une libre issue, pour en prévenir l'accumulation, après avoir eu soin de déclarer que l'affection est incurable, et que l'opération, seulement palliative, ne fera que prolonger momentanément la vie...

Nous réduisons ainsi les indications à trois principales : 1° ne pas opérer dans la période aiguë ; 2° opérer, dans les épanchements chroniques, les sujets dont les viscères sont sains, avant que les poumons aient perdu la possibilité de se dilater et de reprendre leurs fonctions ; 3° reculer le plus possible l'opération, lorsqu'il existe des complications incurables, et n'y avoir recours qu'à titre de traitement palliatif, et comme secours précaire et passager.

Est-il nécessaire d'insister sur la nécessité d'avoir parfaitement reconnu l'existence de l'épanchement avant de songer à pratiquer l'opération de l'empyème? Dionis raconte qu'un chirurgien de son temps ouvrit la poitrine au duc de Mortemart, sans qu'il y eût de liquide, et Ledran fut empêché par le doute de ses confrères d'opérer un malade, auquel on trouva après la mort cinq pintes de pus dans la plèvre. Il serait aisé de multiplier ces exemples, et d'en recueillir tous les jours de semblables; aussi doit-on chercher à réunir tous les moyens de diagnostic, et mettre une grande prudence dans ses décisions.

Nous ne pouvons insister ici sur tous les signes sémiéologiques des épanchements thoraciques, puisqu'ils sont traités dans la plupart des ouvrages classiques de pathologie médicale, et qu'ils n'appartiennent qu'accessoirement à notre sujet. Cependant nous les rappellerons sommairement, en faisant remarquer qu'il y en a de communs aux épanchements en général, et de particuliers à telle ou telle sorte d'épanchement, et qu'il ne sera question maintenant, que de ceux qui appartiennent au pyothorax.

La matité de la poitrine, dans toute l'étendue de l'épanchement et l'absence du bruit respiratoire, sont des signes constants, mais communs à d'autres lésions. L'égophonie est un symptôme plus certain; mais il n'indique que le commencement ou la terminaison de l'épanchement, et manque souvent lorsque ce dernier est considérable. L'orthopnée, si l'épanchement est double, ou très-abondant ;

le décubitus sur le côté malade, ou la simple inclinaison latérale du corps ; la gêne de la respiration ; le défaut d'expectoration ; la suffocation et l'anhélation au moindre mouvement sont d'excellents moyens de diagnostic. Isolés néanmoins, ils ne seraient pas probants ; à l'exception de l'égophonie.

L'agrandissement du diamètre du côté affecté du thorax constaté par la mensuration ; le déplacement du cœur ; l'ondulation communiquée par cet organe au liquide épanché ; le refoulement du foie et des viscères de l'abdomen ; la saillie des espaces intercostaux ; la fluctuation et le mouvement ondulatoire que l'on y observe ; le flot du liquide senti par le malade ou entendu par les assistants ; le gonflement pâteux des hypocondres ; la tuméfaction œdémateuse de la base ou de quelques points des parois du thorax, des pieds et de la main, du côté de l'épanchement ; la courbure des ongles ; la présence d'une tumeur fluctuante et réductible répondant à quelque espace intercostal ; la saillie et la sonorité du côté de la poitrine opposé à la maladie ; le tintement métallique s'il y a fistule bronchique et complication de pneumothorax : tels sont les signes qui ont été observés.

L'épanchement, quel qu'il soit, peut être double. Des chirurgiens avaient conseillé d'opérer alors en même temps des deux côtés. Il serait imprudent de suivre ce précepte. Un intervalle devait être mis entre les deux opérations.

HYDROTHORAX.

La plupart des considérations dans lesquelles nous sommes entré pour justifier l'opération de l'empyème dans le cas d'épanchement purulent, s'appliquent aux épanchements de sérosité. Les exemples que nous avons empruntés à Duverney, à MM. Cruvelhier, Roux[1], Reybard. (Voy. Obs.) prouvent que l'hydrothorax, abandonné à lui-même, entraîne directement la mort, et qu'on peut, en l'opérant, prolonger la vie et en faciliter la guérison.

On a compris sous le nom d'hydropisie de poitrine ou d'épanchement de sérosité, des affections fort différentes. Tantôt, le liquide épanché est clair, citronné, jaunâtre, parfaitement limpide, et symptomatique d'une affection de cœur (Voy. Obs.) ou des

gros vaisseaux, de l'albuminerie, d'une prédominance séreuse générale. (Voy. Obs.) Tantôt, il est plus ou moins trouble, mêlé à du pus, tout à fait purulent, et on ne l'a assimilé à la sérosité qu'en raison de sa grande quantité et de son peu de consistance. Dans le même cas, la plèvre est saine, et seulement comme blanchie et épaissie par macération, si l'affection est ancienne; dans le second cas, elle est malade, et de fausses membranes la recouvrent ou nagent en forme de débris au milieu de la matière de l'épanchement.

Les modes de terminaison sont nécessairement modifiés par ces variétés d'état : lorsque la plèvre n'est pas altérée, la paracentèse de la poitrine suffit quelquefois, non-seulement pour soulager le malade, mais pour le guérir complétement, si le régime et les remèdes convenables sont employés à en combattre la cause et à en prévenir le retour. Une passagère adhérence s'établit entre les feuillets costal et pulmonaire de la plèvre, à l'endroit de la plaie de la ponction, ou même ne se forme pas; et cette membrane, qui était le siége d'une exaltation passive, dépendant de modifications constitutives du sang, ou d'obstacles de la circulation, n'est pas atteinte d'inflammation, et reste, pour ainsi dire, étrangère à l'opération.

Dans le cas, au contraire, où l'hydrothorax est le résultat d'une phlegmasie pleurétique chronique, alors la guérison a lieu par la formation d'adhérences entre les surfaces costo-pulmonaires; du pus est produit, et la terminaison est la même qu'à la suite des épanchements purulents.

Les terminaisons heureuses sont alors rares, parce que les fausses membranes n'étant qu'imparfaitement organisées, doivent prendre de la consistance et de l'épaisseur, pour devenir susceptibles d'adhérences curatives. Aussi la nature du liquide doit-elle changer; car si de la sérosité, mêlée de pus, continue à être sécrétée, c'est une preuve que le sac pseudo-pleural ne s'organise pas, et qu'il n'y a pas tendance à la guérison. Quel que soit, au reste, le danger, qui a été exagéré, comme le prouvent nos observations, l'opération n'en est pas moins indiquée, lorsqu'elle est devenue l'unique moyen de salut; et dans le cas même où elle ne serait que palliative, nous croyons qu'elle devrait encore être proposée.

ÉPANCHEMENT DE SANG (*hémothorax*).

Aucun doute ne s'élève sur les avantages de l'opération de l'empyème, appliquée aux épanchements traumatiques de sang. Les succès de Duverney, de MM. Roux, Larrey, etc., etc., tant d'autres exemples que nous eussions pu citer, et les enseignements de la science sur ce point de doctrine chirurgicale, nous paraissent justifier le précepte : 1° de donner sur-le-champ issue au sang épanché, lorsque par sa présence il menace d'une suffocation immédiate; 2° de différer l'opération, si les accidents ne sont pas urgents, et d'attendre que l'hémorragie soit arrêtée, et la résorption reconnue insuffisante. C'est alors du douzième au quinzième jour que l'on se décide ordinairement à ouvrir la poitrine, parce qu'à cette époque le sang épanché s'altère et provoque de nouveaux dangers. Comme la plèvre, saine à l'époque de la blessure, n'a été que très-modérément enflammée, et que l'épanchement est en général circonscrit, l'évacuation du liquide qui constitue toute la maladie est presque toujours suivie d'une assez rapide guérison. Nous remarquerons, toutefois, que, dans le cas où l'épanchement est déjà ancien, on trouve souvent le sang décomposé, liquide et sanieux, mêlé à du pus et d'une insupportable fétidité. Il est évident que la portion de plèvre qui l'entoure s'est enflammée; un kyste pseudo-membraneux existe, et la guérison a lieu de la même manière qu'à la suite des épanchements circonscrits de pus. Les signes séméiologiques des épanchements de sang sont trop connus pour que nous y insistions ici. Les commémoratifs, la percussion médiate, l'auscultation, les symptômes rationnels, et, plus tard, les accidents généraux, servent à en démontrer la présence. L'ecchymose lombaire étendue vers la base du thorax, et signalée par Valentin de Saint-Jean d'Angely, se rencontre fréquemment, mais n'est pas cependant un symptôme constant ni pathognomonique. On a pratiqué la paracentèse de la poitrine pour des épanchements de sang occasionnés par des pleurésies hémorragiques. Ce sont des faits trop exceptionnels et trop imprévus pour que nous puissions en tracer l'histoire. Mais, s'il était prouvé que le sang provenant d'une hémorragie interne,

produite dans la plèvre, ne se résorbât point, et que le sang réagît comme corps étranger, l'indication serait positive et l'opération parfaitement indiquée.

ÉPANCHEMENT D'AIR (PNEUMOTHORAX).

Les épanchements d'air dans la cavité des plèvres ne sont pas excessivement rares, et Monro le jeune fut le premier, en 1760, qui proposa de leur appliquer l'opération de l'empyème. Riolan avait vu de l'air sortir, au lieu d'eau, de la poitrine d'un malade qu'on soupçonnait atteint d'hydrothorax, et auquel on venait d'ouvrir la poitrine. La guérison eut lieu.

Un semblable cas avait été rapporté par F. de Combalusier, et Benjamin Gooch raconte qu'à la suite d'une paracentèse faite entre la sixième et la septième côtes, il s'échappa une grande quantité d'air, ce qui fit disparaître les douleurs.

Guillaume Hewson partageait l'opinion de Monro, et, sur le conseil de ce dernier, Kellie pratiqua la paracentèse entre les septième et huitième côtes, en divisant d'abord les téguments avec le bistouri, et plongeant ensuite un trois-quarts dans la plèvre. Le malade, qui était atteint d'un emphysème considérable, accompagné d'une violente oppression, fut complétement soulagé, et on espéra longtemps sa guérison; mais il finit par mourir hectique au bout d'un an. Ces faits nous prouvent que l'opération de l'empyème a déjà été appliquée au pneumothorax de cause traumatique et de cause interne. Cette opération est-elle donc justifiée, et faudrait-il y avoir de nouveau recours? L'étude des conditions pathologiques peut seule nous éclairer à cet égard.

Dans les plaies du poumon, l'air qui s'échappe des bronches à chaque expiration est susceptible d'occuper peu à peu toute la cavité de la plèvre, s'il ne trouve aucune issue au dehors, ou qu'il s'en infiltre moins dans le tissu cellulaire sous-tégumentaire qu'il n'en reste dans la poitrine. La respiration est alors empêchée, et la suffocation peut être imminente. L'expectation, tant qu'elle est permise, doit être la règle du chirurgien; car le poumon, se trouvant comprimé, recevra moins d'air, et cessera d'en répandre dans

la poitrine; le gonflement des bords de la plaie concourra au même but, et l'air épanché se résorbera avec une assez grande facilité. Si la blessure est récente, on devrait la rouvrir, ordonner au malade de faire une très-forte expiration, et aussitôt que l'air épanché se serait en partie échappé, fermer hermétiquement la plaie. Le poumon, moins comprimé, se dilaterait de nouveau, et l'on verrait diminuer la suffocation. Mais dans le cas où l'on ne saurait user d'une pareille ressource, l'ingénieux appareil de M. Stanski serait applicable, et fournirait un excellent moyen d'enlever l'air et de rétablir les fonctions respiratoires.

Ce ne pourrait être qu'à titre de palliative que l'opération de l'empyème serait indiquée pour le pneumothorax de cause interne, et malheureusement elle prolongerait peu la vie, à moins d'admettre, comme Itard, des pneumothorax essentiels. Dans le casque nous avons cité (*Voy.* Obs. XLIII), de l'air, il est vrai, remplissait toute la cavité d'une des plèvres, mais il y avait une fausse membrane, évidemment ancienne, un poumon comprimé depuis longtemps sur les côtés du rachis, et une légère couche de pus. Le malade n'avait donc été atteint de pneumothorax qu'à la suite de la résorption d'un épanchement de pus, et comme elle constitue un des modes de la guérison, nous aurions de la peine à supposer que l'ouverture de la poitrine eût beaucoup retardé la terminaison funeste qui tenait à des causes antérieures.

Dans les cas assez fréquents de pneumothorax, suite de fistule bronchique, on ne voit pas la suffocation en être la conséquence. L'opération réussirait-elle, et devrait-elle être tentée dans le cas de gangrène de la plèvre (Laënnec), ou dans ceux où l'air vicierait les liquides épanchés, et amènerait des signes de résorption? Nous croyons toutes les hardiesses justifiées, lorsqu'elles s'appuient sur la théorie et l'expérience, et qu'elles sont les dernières armes à opposer à la mort.

PROCÉDÉS OPÉRATOIRES.

Quatre procédés opératoires ont été appliqués à l'opération de l'empyème : 1° l'incision, 2° la cautérisation, 3° la ponction des

parois intercostales du thorax, 4° la perforation d'une côte. Des modifications de la plus haute importance s'attachent à chacun d'eux et seront successivement examinées. Étudions d'abord les conditions qui leur sont communes.

Dans quel point la poitrine doit-elle être ouverte? Lorsqu'une tumeur communiquant avec la plèvre s'est développée sur un des points des parois thoraciques, c'est là que l'opération doit être pratiquée : on dit alors qu'elle est faite *au lieu de nécessité*. La même indication peut être fournie par un gonflement pâteux ou œdémateux, ou quelque saillie des espaces intercostaux. Quand aucun signe extérieur n'indique la tendance de la matière épanchée à se faire jour au dehors, on choisit le point le plus convenable pour l'opération, qui est exécutée dans ce cas *au lieu d'élection*.

Hippocrate avait donné le précepte d'ouvrir la poitrine là où du gonflement ou une tumeur se manifestaient, et il voulait que l'incision se fît au-dessous de cette tumeur, et plus en arrière qu'en avant (*lieu de nécessité*). Mais comme en parlant de la cure de l'hydropisie de poitrine il a conseillé de découvrir la troisième côte, en comptant de bas en haut, on a étendu cette indication aux épanchements de pus, et aujourd'hui, toutes les fois que l'on parle du lieu d'élection, sans entrer dans plus de détails, on entend que l'opération a été faite entre la troisième et la quatrième fausses côtes à gauche, et entre la quatrième, et la cinquième à droite. On opère un peu plus haut, comme l'on voit, de ce côté, en raison de la saillie plus considérable du diaphragme soulevé par le foie.

On s'est beaucoup occupé des moyens propres à faire reconnaître ces intervalles, dans le cas où la tuméfaction, l'œdème, ou toute autre cause, empêcheraient de suivre la saillie des côtes, et de constater leur position.

Le troisième espace intercostal se trouve assez exactement à quatre travers de doigt au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate, lorsque l'avant-bras est fléchi et appliqué contre la poitrine, la main étendue à plat sur l'extrémité inférieure du sternum. On arrive encore à la même indication, en comptant quatre travers de doigt au-dessus du rebord cartilagineux de la circonférence inférieure du thorax à gauche, et cinq travers de doigt pour le côté droit.

L'importance que l'on a mise à tomber exactement dans les troisième et quatrième espaces intercostaux, selon que l'on opère à gauche ou à droite, n'est pas suffisamment fondée pour faire considérer ce lieu d'élection comme indispensable, dans le cas surtout où l'on rencontrerait des difficultés ; car des erreurs funestes ont été commises, et nous en avons rapporté un exemple.

Aussi, pendant que Amatus Lusitanus, Heister, Verduc, voulaient que l'on incisât entre les deuxième et troisième fausses côtes, Scharp, Benj. Bell, choisissaient celui des sixième et septième côtes, en les comptant de haut en bas, et nous avons cité des observations dans lesquelles on avait incisé entre la septième et la huitième, et entre celle-ci et la suivante. M. Cruvelhier a même fait remarquer que la plupart des épanchements pleurétiques qui se font jour au dehors viennent s'ouvrir entre la quatrième et la cinquième côtes, à une distance assez voisine du sternum, et il ne serait pas éloigné de pratiquer l'opération dans ce point.

Nous pensons cependant qu'il y a de l'avantage à ouvrir la partie inférieure de la poitrine, attendu que les malades sont quelquefois incapables de varier beaucoup leur position, et qu'ils préfèrent avoir la tête et les épaules un peu élevées. C'est par les mêmes raisons, et en considération de la fréquence du décubitus dorsal, qu'il nous semble convenable de porter la plaie en arrière, vers le point de réunion des deux tiers antérieurs avec le tiers postérieur de la demi-circonférence de la poitrine. Si les téguments étaient très-tuméfiés, on commencerait par les diviser, et le doigt porté dans l'incision permettrait de constater sans peine l'état des parties.

Incisions. Un bistouri est le seul instrument nécessaire pour l'ouverture de la poitrine par incision ; il doit être droit et bien effilé.

Quelques carrés de linge fin, une tente, de la charpie disposée en plumasseaux et en gâteaux, des compresses, une sonde, des canules, une seringue à injections, un bandage de corps, sont les pièces du pansement.

Le malade est assis sur son séant, le corps légèrement incliné du côté opposé à l'épanchement.

L'incision doit être parallèle à l'espace intercostal, et prolongée dans l'étendue de deux à trois pouces. Henry Bass, cependant, con-

seilla le premier, au rapport de Sprengel, de tirer fortement la peau vers la partie supérieure du tronc, afin d'en détruire le parallélisme avec le reste de la plaie, qui se trouvait ensuite recouverte par une sorte d'opercule tégumentaire. Nous apprécierons plus tard cette modification. Après les téguments, on incise le tissu cellulaire et les aponévroses d'enveloppe, les fibres musculaires subjacentes, et l'on découvre les muscles intercostaux.

Le chirurgien s'assure alors de la position des côtes entre lesquelles il veut diviser la plèvre, place l'indicateur gauche sur la côte supérieure, et en écarte le bistouri pour ne pas blesser l'artère intercostale.

L. Mercato conseillait, dans le cas où le malade était très-faible, de ne pas ouvrir immédiatement la poitrine, mais de se borner à mettre la plèvre à nu. Le pus, disait-il, transsudera au travers, ou se frayera lui-même une issue.

Ce précepte n'a pas été adopté, et, après avoir divisé les muscles intercostaux et reconnu la fluctuation, on plonge dans la poitrine le bistouri, dont la lame, saisie entre le pouce et l'indicateur, à peu de distance de la pointe, ne saurait pénétrer trop profondément.

Le liquide s'écoule sur les côtés de l'instrument, qui sert à agrandir l'ouverture de la plèvre, si l'on veut produire une plaie étendue.

Si l'on doute de la position exacte de l'épanchement, ou que l'on craigne de rencontrer des adhérences, il faut agir avec plus de lenteur, et, au lieu de faire une ponction, on incise sur un point seulement la membrane séreuse: l'air pénètre, et refoule le poumon s'il n'y a pas de liquide; ou bien l'on trouve cet organe uni à la paroi de la poitrine. On pourrait cependant tomber dans quelque erreur à cet égard; car Monteggia raconte qu'un chirurgien, croyant avoir divisé la plèvre, décolla cette membrane des parois de la poitrine, en s'imaginant rompre des adhérences qui n'existaient pas.

Trois procédés s'offrent aux chirurgiens lorsque de fausses membranes, anciennes ou récentes, unissent les surfaces costo-pulmonaires: les décoller avec le doigt, prolonger l'incision, recommencer l'opération sur un autre point.

Le premier de ces procédés serait fort dangereux, car les adhérences doivent toujours être soigneusement conservées; elles sou-

tiennent le poumon et l'empêchent d'être refoulé vers la colonne vertébrale, limitent le foyer de l'épanchement, le circonscrivent, et sont une des plus heureuses chances de la guérison.

Après que l'opérateur a laissé écouler la quantité de matière épanchée qui lui paraît convenable, circonstance sur laquelle nous reviendrons, il procède au pansement. Hippocrate plaçait, comme nous l'avons dit, une tente dans la plaie, et la retirait tous les jours au moyen du fil qui y était attaché. Cette conduite, longtemps imitée, a été successivement mise en oubli, et aujourd'hui il n'existe aucun principe fixe sur ce sujet. Les uns pansent à plat; les autres introduisent une bandelette; ceux-ci y placent des canules de toutes sortes, dont nous nous occuperons bientôt dans nos considérations sur les indications générales du traitement; quelques-uns enfin ferment la plaie.

On comprend que chacun de ces modes de pansement doit avoir la plus grande influence sur les résultats de l'opération; car tantôt la matière de l'épanchement n'est évacuée qu'à des intervalles assez longs, tantôt elle s'écoule peu à peu et suinte entre les pièces de l'appareil.

Si l'on a recours aux injections, on se sert d'une canule et d'une sonde de gomme élastique pour les porter dans la poitrine, et on en varie la composition selon l'effet qu'on en attend.

Cautérisation. Nous ne rappellons la cautérisation que pour mémoire, car elle est complétement abandonnée; cependant Hippocrate la met à peu près sur la même ligne que l'incision, ce qui s'explique par la grande confiance des anciens dans les résultats de l'application du feu, et par les conditions dans lesquelles les empyèmes étaient ouverts. Presque toujours c'était à la suite de tumeurs fluctuantes, de gonflements survenus aux parois thoraciques, annonçant l'ulcération de la plèvre, et l'on conçoit l'utilité du cautère dans de pareils cas.

Paré a fait graver dans ses œuvres un petit cautère destiné à l'opération de l'empyème, et dont il ne dit pas s'être servi. Cet instrument, au lieu d'être terminé en forme de noyau, comme le cautère grec, offrait des faces étroites et aplaties, et était percé de plusieurs trous superposés, dans lesquels on plaçait une tige métallique, propre à l'empêcher de pénétrer trop profondément.

D'autres commençaient par produire une large escarre, et plongeaient au travers un bistouri.

Thévenin mit en usage le cautère potentiel; mais ces moyens, applicables dans quelques cas d'opération d'empyème au lieu de nécessité, doivent être rejetés généralement.

PONCTION. Depuis longtemps les chirurgiens ont appliqué la ponction à l'opération de l'empyème, comme plus prompte, moins douloureuse, et effrayant moins les malades. Purmann, M. Cruvelhier, se sont servis d'une lancette, M. Velpeau d'un bistouri; mais le plus grand nombre des chirurgiens préfèrent le trois-quarts dont la canule a été diversement modifiée. Il est incontestable qu'avec cet instrument on ne pourrait éviter le poumon s'il adhérait aux côtes; mais en ayant soin de ne pas le plonger beaucoup au delà des parois thoraciques, un pareil accident n'offrirait pas de grands dangers. Un autre inconvénient est celui de ne pouvoir tomber juste dans le milieu de l'espace intercostal, s'il existe une grande tuméfaction. On se rapproche alors de la côte inférieure pour ne pas blesser l'artère intercostale. S'il y a indication d'agrandir la plaie après la ponction, on y parviendrait en guidant une sonde cannelée sur la canule, et rien ne serait d'ailleurs plus facile que d'avoir une canule armée d'une lame tranchante, comme on les emploie pour la taille suspubienne.

TÉRÉBRATION D'UNE CÔTE. Ce procédé, qui semblait condamné à un abandon complet, malgré la mention qu'en a faite Hippocrate, vient d'être tiré de l'oubli et remis en honneur avec un succès complet par M. Reybard, de Lyon. On découvre, pour l'exécuter, la partie moyenne de la côte que l'on veut percer, et, au moyen d'un forêt ou d'un petit trépan qu'il serait facile de construire, on perfore toute l'épaisseur du tissu osseux. La plèvre peut n'être pas intéressée par cette opération (Reybard); on la perce alors, et si le liquide est limpide et ne contient ni flocons albumineux ni matière caséeuse, il s'écoule avec facilité par une canule laissée à demeure dans la plaie et fixée au moyen d'un pas de vis, ou que l'on met en place chaque fois qu'on en juge l'usage indiqué. On pourrait craindre, sans doute, la carie ou la nécrose de la côte; mais ces accidents n'ont pas été observés par M. Reybard.

Considérations générales sur les indications opératoires.

Nous venons d'exposer d'une manière sommaire les procédés propres à l'opération de l'empyème. Considérés comme simples moyens d'exécution, ils n'auraient qu'une valeur très-secondaire : nous devons essayer de les comprendre d'une manière plus élevée. Ce n'est pas, en effet, telle ou telle modification dans la manière de diviser les chairs qui peut nous conduire à des résultats heureux ; c'est l'intelligence des indications curatives, seule propre à guider le praticien.

C'est sous ce rapport nouveau que nous allons tracer l'histoire des véritables procédés de l'opération de l'empyème, et nous pourrons ensuite les juger.

En les classant par ordre de simplicité, nous trouvons :

A. La ponction pratiquée une seule fois avec réunion immédiate de la plaie. (Faure).

B. La ponction répétée, à des intervalles plus ou moins éloignés, soit sur un même point, soit en variant l'espace intercostal. (Boyer, Dupuytren, Bégin, etc.).

C. La ponction avec introduction d'une canule à demeure dans la poitrine pour empêcher l'introduction de l'air (sonde à robinet indiquée par Pelletan; canule simple ou composée de MM. Récamier, G. Pelletan, Bouvier, J. Guérin, Reybard, Stanski, Massiat).

D. Incision avec réunion de la plaie. (Benj. Bell).

E. Incision avec corps étranger introduit dans la plaie, pour la fermer mécaniquement et en empêcher la réunion. (Hippocrate, tampon de toile; Billerey, racine de gentiane, etc.).

F. Incision avec bandelette de linge effilé dans la plaie (procédé ancien et très-souvent employé).

G. Incision et pansement à plat. (Ravaton).

H. Perforation d'une côte. (Hippocrate, Reybard).

I. Évacuation de la totalité de la matière de l'épanchement. (Larrey).

J. Injections. (La moitié au moins des chirurgiens).

Nous ne saurions étudier en détail chacun de ces procédés, mais il sera facile d'en apprécier la valeur d'après les principes que nous allons chercher à établir.

1° Quelle quantité de liquide faut-il évacuer au moment de l'opération?

Cette question n'a été que peu étudiée, et cependant elle est une des plus importantes. Si vous n'évacuez pas une assez grande partie de la matière épanchée pour permettre aux organes comprimés et déplacés de reprendre leur situation normale et leurs fonctions, vous ne soulagez pas le malade.

Si vous évacuez la totalité du liquide, vous pouvez réussir dans le cas où le poumon n'est pas enveloppé d'une fausse membrane, et retenu vers le rachis, parce que cet organe se distendra au fur et à mesure que le vide sera produit dans la poitrine, et se mettra en contact avec la paroi costale; si la plèvre n'est pas altérée, la guérison peut être rapide, comme on l'observe à la suite de certains épanchements traumatiques récents (hémothorax). Il faut alors avoir soin, si faire se peut, de ne pas laisser entrer l'air, ou du moins de fermer exactement la plaie pour qu'il soit promptement résorbé.

Mais ces cas sont les plus rares. L'anatomie pathologique nous a montré que le poumon ne pouvait pas se distendre immédiatement, que souvent même il restait comme flétri, réduit à la moitié ou au quart de son volume: alors on ne peut réellement vider la plèvre qu'en remplaçant la matière épanchée par de l'air: celui-ci continue à refouler le poumon, empêche l'organisation du sac pseudo-pleural, et la guérison est empêchée; on provoque en outre une congestion sanguine violente dans tous les vaisseaux, et une véritable pluie de pus ou de sérosité sur la surface séreuse.

L'indication consiste donc à n'enlever le liquide de l'épanchement qu'en proportion de la possibilité que présentent les organes de s'y substituer; et si l'on réfléchit à la grande élasticité des parois thoraciques, à la saillie formée dans la poitrine par le diaphragme refoulé lui-même par les viscères abdominaux, et au rétablissement

de la cloison des médiastins sur la ligne médiane, on comprendra quelle grande quantité du liquide peut s'écouler avant que la nécessité de l'introduction de l'air soit arrivée.

2° Comment doit-on régler l'écoulement du liquide après la première évacuation?

Le but du chirurgien ne peut être douteux : il faut qu'il ramène au contact les surfaces costo-pulmonaires, et qu'il en favorise l'adhérence. Comment donc y parviendrait-il, s'il laissait le liquide sécrété s'accumuler de nouveau dans la plèvre, et reproduire tous les accidents auxquels il a une première fois remédié? Ce serait véritablement détruire toute l'amélioration obtenue; ce serait vouloir qu'un abcès distendu par le pus se cicatrisât.

Il n'y a pas d'adhérences possibles entre deux parties que l'on écarte continuellement l'une de l'autre, après les avoir un moment seulement rapprochées; il est donc nécessaire de diminuer de plus en plus la quantité du liquide. Il faudrait, d'une part, laisser à chaque instant écouler au dehors la nouvelle matière sécrétée, et d'autre part, enlever une petite portion de celle qui est restée dans la cavité du foyer, afin de permettre à ce dernier de se rétrécir, et de céder au mouvement concentrique des organes voisins; disposition qui augmente l'épaisseur du sac pseudo-pleural, et en accélère l'organisation. Telle est l'indication; mais comme on ne saurait la remplir complétement, on doit chercher à s'en rapprocher. On empêche donc la cicatrisation de la plaie, que l'on ouvre à des intervalles assez peu distants pour éviter une nouvelle distension de la cavité pleurale; et il n'y aurait pas d'inconvénients à laisser suinter le liquide, si l'on pouvait en même temps prévenir l'introduction de l'air. (V. canule de M. Reybard).

En agissant ainsi, la surface interne du foyer de l'épanchement continue à être légèrement comprimée, et tend à une organisation plus avancée ou à éviter le raptus violent du sang vers la plèvre, ou diminuer les surfaces de la sécrétion. Le poumon se distend, les organes voisins reprennent leurs fonctions, et le sou-

lagement qu'en éprouve le malade réagit sur toute sa constitution, et favorise l'issue de la maladie.

Ces considérations, qui me paraissent dominer toute l'histoire de l'opération de l'empyème, s'appliquent également à la cicatrisation définitive, et expliquent l'extrême utilité des canules à demeure laissées dans la poitrine, dès que le pus est devenu crémeux et de bonne nature. Dans ce cas, en effet, le sac pseudo-pleural est épaissi; il n'est plus susceptible d'une ampliation ou d'un resserrement subits; il se rétracte lentement, et si on y laisse séjourner le produit de la suppuration, les phénomènes curatifs sont suspendus; et lorsque des accidents ne compromettent pas la guérison, ils entretiennent une fistule souvent incurable.

Si quelqu'un doute de la vérité de ces faits, qu'il jette un coup d'œil sur les observations de la deuxième partie de ce travail et sur les réflexions dont nous les avons fait suivre; il verra sans cesse les accidents survenir ou disparaître, selon que la matière épanchée est retenue dans la plèvre, ou qu'on lui donne une libre issue.

QUELS SONT LES DANGERS DE L'INTRODUCTION DE L'AIR DANS LE FOYER DE L'ÉPANCHEMENT?

Nous avons déjà indiqué, dans les considérations précédentes, une partie des dangers de l'introduction de l'air dans la poitrine; mais il est important d'y revenir.

On s'est demandé quel était, dans ce cas, la véritable action de l'air, et on a accusé ce fluide d'enflammer la surface du foyer de l'épanchement, d'altérer directement les propriétés des liquides sécrétés, et de jouer enfin, par la place qu'il occupe, le rôle de corps étranger. Ces trois reproches, bien que réels, nous paraissent avoir été fort exagérés.

Personne ne doute de la fâcheuse influence de l'air sur la cicatrisation des plaies: aussi prend-on la précaution de les recouvrir. Il ne saurait donc en être autrement pour les surfaces internes d'un foyer suppuré et revêtu de fausses membranes. Mais est-il vrai que l'air détermine l'altération du pus? Nous avons cité trois ou

quatre observations dans lesquelles le pus épanché était fétide au moment où il fut évacué pour la première fois, quoiqu'il n'eût pu communiquer avec l'air. Nous avons également vu l'air pénétrer dans la cavité thoracique, soit par la plaie extérieure, soit par une fistule bronchique; le pus restait de bonne nature, et la guérison ne s'en opérait pas moins. Enfin, dans un grand nombre de cas, nous avons ouvert des abcès par congestion avec assez de précaution pour être certain que nous n'y avions pas laissé pénétrer une seule bulle d'air, et, quelques jours plus tard, une nouvelle ponction amenait un pus d'une odeur infecte.

Voilà donc des altérations du pus auxquelles l'air ne participait pas. Mais s'il est vrai qu'il modifie d'une manière fâcheuse la composition, et par suite les propriétés des parties blessées ou ulcérées avec lesquelles on le met en contact, je crois qu'il agit encore plus comme corps étranger.

Nous avons dit que la guérison s'opérait par le resserrement du kyste pseudo-pleural et l'adhésion de ses parois : comment cette condition pourrait-elle exister avec l'introduction de l'air? Ce qui favorise principalement l'expansion du poumon et l'affaissement concentrique des parois de la poitrine, c'est la tendance au vide qui a lieu dans cette cavité à chaque inspiration; dans ce moment l'air pénètre avec force dans la plèvre lorsqu'elle a été ouverte, comme M. Gimelle l'a observé sur les malades opérés de l'empyème, dont il a raconté l'histoire. Supposez la plaie fermée : l'inspiration aura également pour effet, de produire une espèce de raréfaction des fluides entre les parois costo-pulmonaires; mais ce commencement de vide n'étant pas rempli par l'air extérieur, fera obstacle à l'écartement des côtes, dilatera le poumon, préviendra l'abaissement du diaphragme, et s'opposera enfin à l'expansion du sac pseudo-pleural. Or c'est là un avantage immense pour les résultats de l'opération; car le foyer de l'épanchement échappera à ce mouvement de distension alternative dont nous avons signalé le danger; et il restera baigné par le pus, dont l'action immédiate est infiniment plus favorable que celle de l'air.

Ces principes montreront, je crois, la valeur des canules propres à donner issue aux liquides, sans permettre à l'air de les remplacer, et ils en feront apprécier la véritable importance.

QUELS SONT LES EFFETS DES INJECTIONS FAITES DANS LE FOYER DE L'ÉPANCHEMENT ?

Une des questions sur lesquelles les chirurgiens modernes ont été le moins d'accord, est celle de la valeur des injections à la suite de l'opération de l'empyème. Les uns ont presque considéré tout liquide injecté dans le foyer de l'épanchement comme une cause d'inflammation et de mort; les autres, au contraire, se confiant aux faits plutôt qu'à leur imagination, ont continué à y avoir recours, à l'exemple d'Hippocrate. Nous nous rangeons complétement de cet avis; et comment pourrions-nous hésiter, lorsque l'expérience et la théorie nous y invitent?

Nous partageons les injections en trois classes, selon les indications qu'elles remplissent. Les unes ont pour but de délayer des caillots de sang altéré, ou d'enlever un pus sanieux et fétide : de l'eau tiède suffit pour ce résultat. Les secondes sont modificatrices : ce n'est plus seulement pour faciliter l'issue d'un corps étranger qu'on les met en usage, c'est pour imprimer un changement salutaire aux surfaces du foyer de l'épanchement. Elles peuvent donc être résolutives, excitantes, caustiques, selon que l'ulcère, car c'en est un sous le rapport des phénomènes de sécrétion et de cicatrisation, est trop peu ou pas assez excité. L'on sait quels immenses avantages l'on retire, dans le traitement de ces lésions, des applicatious externes. Les infusions aromatiques, la décoction de quinquina, la teinture d'aloès, le nitrate d'argent, changent avec une rapidité remarquable l'aspect des surfaces suppurantes, et obtiennent les plus heureux résultats. Pourquoi donc n'oserait-on pas continuer d'y recourir, quand l'observation prouve, non-seulement leur innocuité, mais leurs succès?

Remarquons d'ailleurs que ce n'est pas dans la plèvre même que l'on porte les liquides injectés; c'est dans le sac pseudo-pleural dont nous avons précédemment étudié les dispositions, et qui forme un revêtement intérieur serré et compacte, à la véritable membrane séreuse. Aussi croyons-nous que l'on peut le modifier avec beaucoup d'utilité par les injections, et nous engageons à les employer toutes

les fois qu'elles seront indiquées par l'odeur, la décomposition ou l'état trop séreux du pus. On userait d'abord d'orge miellée, d'infusions aromatiques, de décoction de quinquina, et l'on pourrait, ensuite, je crois, essayer une légère solution caustique de nitrate d'argent.

Nous comprendrions dans la troisième classe d'injections celles qui ont été faites par Hippocrate, pour empêcher la dessiccation du poumon, et par M. Récamier pour prévenir la décomposition et la fétidité du pus et arrêter les symptômes de la résorption. Ces injections, composées d'un mélange d'huile et de vin, étaient laissées à demeure dans la poitrine, et changées toutes les douze heures, selon les préceptes de l'école grecque. Elles mériteraient certainement d'être employées de nos jours, dans les mêmes conditions de temps, c'est-à-dire au dixième jour de l'opération; car nous avons cité des faits qui sembleraient établir qu'il se produit réellement un changement particulier vers cette époque; et l'huile et le vin formant un liquide doux et légèrement excitant, pourraient mollifier heureusement l'état des parties. Faudrait-il supposer que vers le dixième jour la sécrétion purulente du foyer de l'épanchement diminue, et qu'en dépit des précautions employées, l'air pénètre dans la poitrine ?

L'injection servirait alors à occuper le sac pseudo-pleural, à le maintenir suffisamment distendu, à prévenir la stagnation et la décomposition des liquides sécrétés, et enfin elle s'opposerait à l'introduction de l'air; toutes conditions favorables qu'il serait curieux de vérifier directement par l'observation.

M. Récamier n'a eu qu'un but en proposant les injections à demeure : celui de prévenir l'entrée de l'air dans la poitrine; et il est arrivé à ce remarquable résultat, que toute espèce de liquide, et l'eau, par exemple, arrête les altérations du pus, et fait cesser tous les accidents de la résorption. C'est un argument de plus, comme nous l'avons dit, en faveur du précepte de tenir toujours la cavité du foyer remplie par une petite quantité de liquide; et je crois qu'on pourrait tirer un parti très-avantageux de ce principe en l'appliquant habilement.

Pronostic. Si nous examinons quelles circonstances rendent plus ou moins grave le pronostic de l'opération de l'empyème, nous arrivons aux remarques suivantes :

L'âge exerce une influence notable sur l'issue de l'opération, qui réussit mieux chez les enfants et les adultes qu'à une époque plus avancée de la vie.

L'épanchement de pus enkysté de la plèvre est une condition opératoire moins dangereuse qu'un épanchement étendu à toute la cavité de la poitrine.

L'opération de l'empyème au lieu de nécessité est moins grave que pratiquée au lieu d'élection.

Si l'épanchement est de cause traumatique, les chances de guérison sont nombreuses; mais il faut excepter les épanchements qui succèdent aux grandes opérations chirurgicales, et qui sont presque constamment mortels.

Une opération double, c'est-à-dire faite sur les deux côtés de la poitrine, serait extrêmement redoutable.

Si le pus qui s'écoule au moment de l'opération est bien lié et crémeux, l'épanchement est ordinairement enkysté; si les matières ressemblent à de la purée de pois très-liquide, l'épanchement est ancien, et occupe toute la cavité de la plèvre; si elles sont albumineuses et chargées de flocons, l'épanchement est récent et l'inflammation peut donner lieu à des accidents; si de la sérosité limpide s'écoule, l'hydropisie est essentielle ou symptomatique, et d'un augure variable selon l'état viscéral et constitutionnel.

La fétidité du pus est un signe défavorable, mais qui n'est pas nécessairement funeste.

Le pus bien lié et peu abondant annonce, après les dix premiers jours de l'opération, une issue favorable. L'écoulement d'une lymphe plastique, peu abondante, succédant à une suppuration louable, est un signe certain de prompte guérison.

Conclusion. Nous croyons être parvenu à établir les vraies doctrines de l'opération de l'empyème, et les avoir fondées sur tous les enseignements de la science; elles nous paraissent, en effet, confirmées par l'étude des phénomènes des guérisons spontanées,

par celle de l'anatomie pathologique, et par l'observation pratique et théorique des faits.

Nous en avons montré les applications à toutes les conditions des épanchements thoraciques, quelle que fût la nature de ceux-ci, et quel que fût l'état des malades. Il nous serait donc facile d'apprécier maintenant les procédés dont nous avons fait précédemment mention. Mais à quoi servirait de les montrer presque tous insuffisants, ou directement contraires aux véritables indications curatives? je laisse à ceux qui auront suivi l'enchaînement et les déductions de ce travail, le soin de porter un jugement.

Si nos opinions sont réellement basées sur la vérité et l'expérience, l'opération de l'empyème reprendra rang parmi les plus importantes de la chirurgie; elle ne sera plus injustement accusée de revers auxquels elle est étrangère, parce que, pratiquée dans des conditions mieux connues, elle n'annoncera que des résultats possibles, et ne promettra rien qu'elle ne puisse réaliser; mieux exécutée, enfin, et d'après des principes plus rationnels, elle comptera un plus grand nombre de succès.

FIN.

FXPLICATION DE LA PLANCHE.

Instruments destinés à prévenir l'introduction de l'air dans la poitrine, à la suite de l'opération de l'empyème.

Fig. I. Instrum. de M. BOUVIER.

A. Petit tuyau recourbé par lequel doit s'écouler le liquide.
B. Extrémité de la canule fermée par une plaque à ressort, au moment où la tige du trois-quarts est retirée.
C. Renflement creux adapté à la face supérieure de la canule du trois-quart, avec l'intérieur de laquelle il communique. Une petite bille est destinée à fermer par son poids tout passage à l'air extérieur, et est facilement soulevée de bas en haut par le liquide qui s'échappe entre elle et les parois de la cavité qui la contient.
D. Pointe du trois-quart.

Fig. II. Instrum. de M. REYBARD.

A. Extrémité de la canule destinée à être placée dans la poitrine.
B. Emplâtre agglutinatif vissé autour du point où la canule s'engage dans un petit sac de baudruche, un peu allongé. Cet emplâtre sert à fixer l'instrument.
C. Sac de baudruche ouvert à son extrémité libre, et maintenu mouillé, de manière à ce que le liquide de l'épanchement le traverse sans que l'air qui en presse de dehors en dedans les parois, puisse y pénétrer.

Fig. III. Projet d'instrum. de M. MASSIAT.

A. Petite pelotte, attachée à l'extrémité d'un ressort, qui la porte sur l'extrémité de la canule, aussitôt que le trois-quarts en est retiré.
B. Point où le manche du trois-quarts s'adapte à l'extrémité de la canule.
C. Vis fixant le ressort.
D. Pointe du trois-quarts.

Fig. IV. Instrum. de M. STANSKI.

A. B. Seringue à pompe.
C. Ajustage.
D. Ventouse pour recevoir le liquide.
E. Plaque courbe et portant des anneaux pour être maintenue, appliquée sur la poitrine, où elle soutient...
F. La canule du trois-quarts.
G. Trois-quarts.

Cet instrument enlève les liquides ou l'air contenu dans la poitrine avec une grande facilité.

Fig. V. Instrum. de M. J. GUÉRIN.

A. Seringue à pompe.
B. Ajustage.
C. Robinet
D. Extrémité de la canule droite, ajustée à la seringue.
E. Trois-quarts droit retiré de la canule, après l'avoir portée dans la poitrine.

Fig. VI.

A. B. C. D. E. Même instrument que le précédent, mais canule et trois-quarts courbes.

***Fig.* 1.**

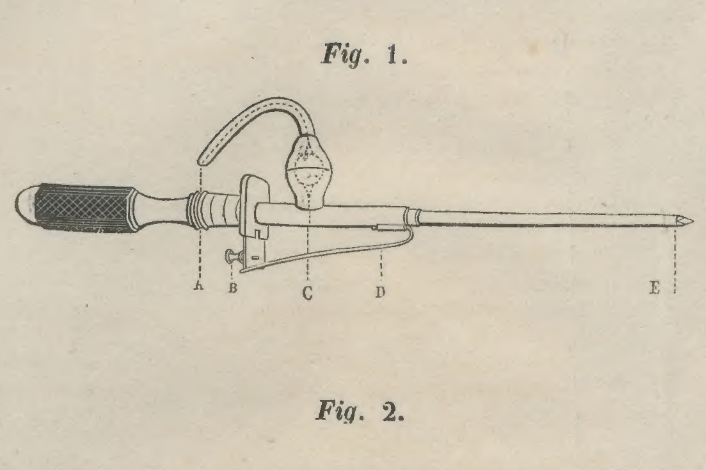


***Fig.* 2.**

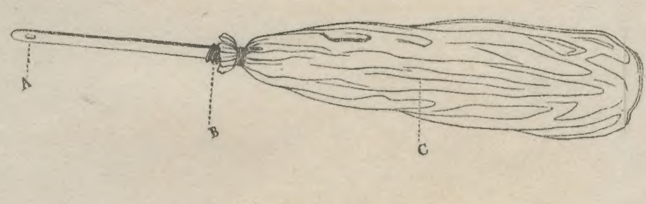


***Fig.* 3.**

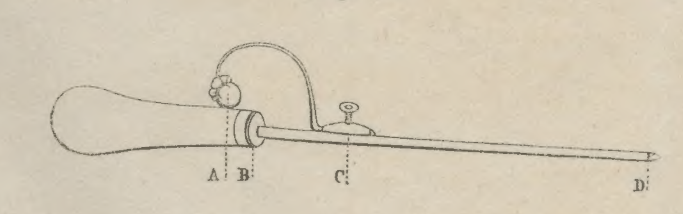


***Fig.* 4.**

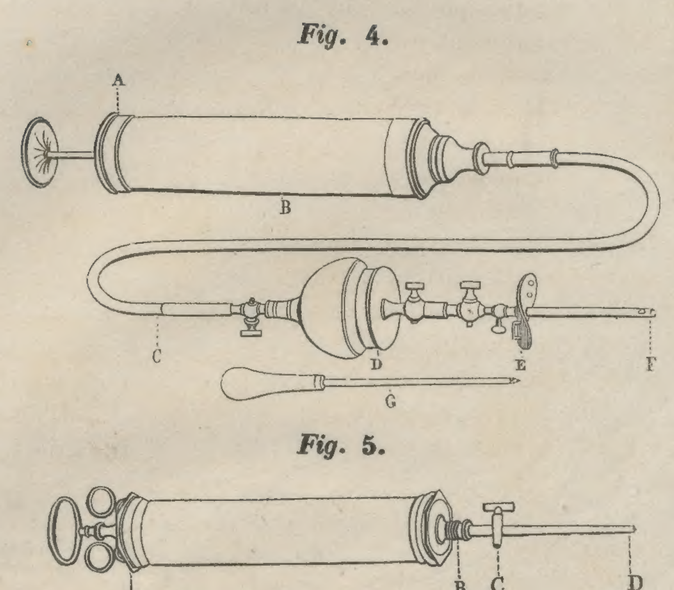


***Fig.* 5.**

***Fig.* 6.**

